This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

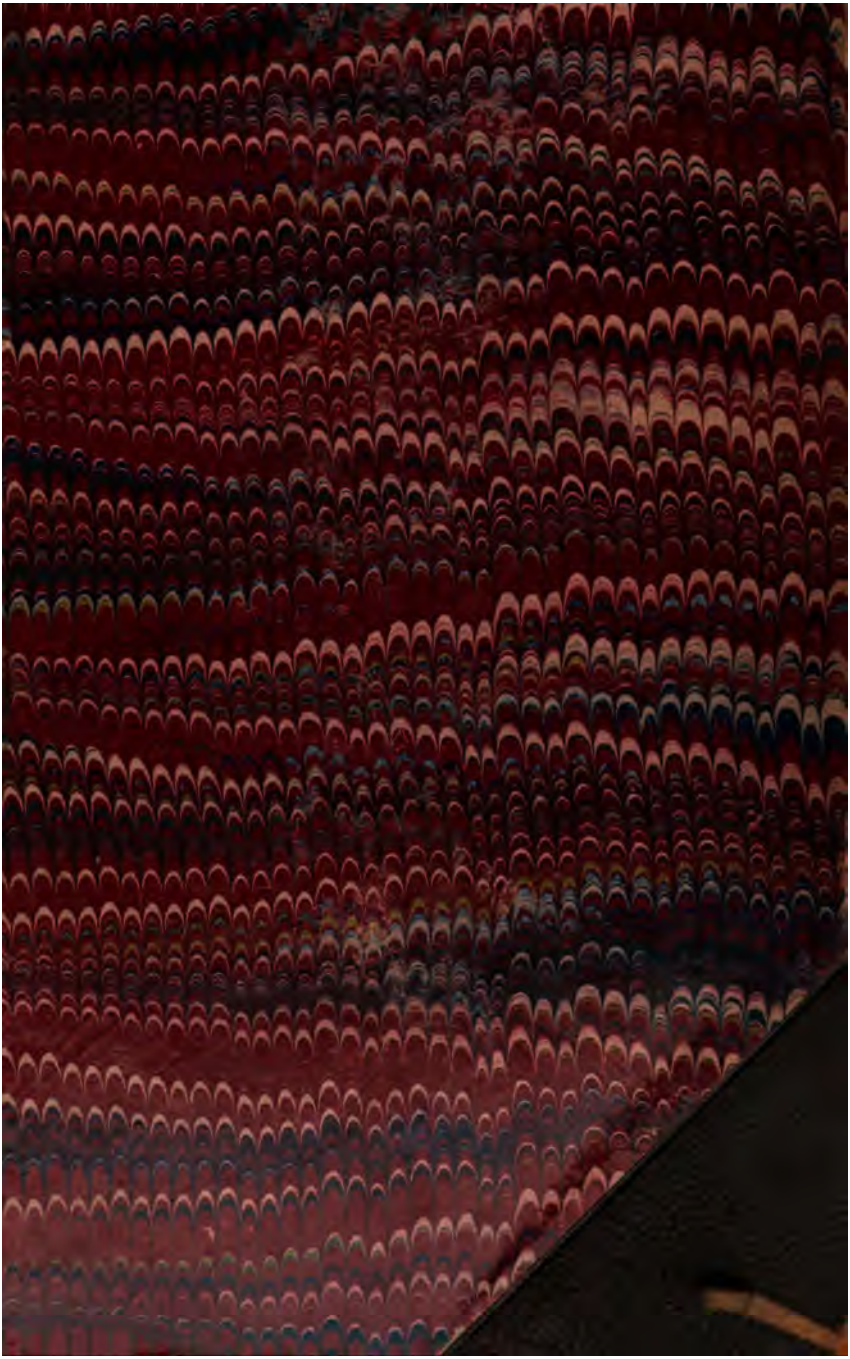
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`



ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR **J.-M. CHARCOT**

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

A. JOFFROY
Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

V. MAGNAN
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).

F. RAYMOND
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX

MM. ABADIE (J.), ARNAUD, BABINSKI, BALLET, BLANCHARD (R.), BLIN, BOISSIER (F.), BONCOUR (P.), BOYER (J.), BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), BRUNET (D.), CARRIÈR (G.), CAPGRAS, CAUDRON, CESTAN, CHARON, CHARPENTIER, CHARDON, CHRISTIAN, COLOLIAN, CULLERRE, DARCANNE, DEBOVE (M.), DENY, DEVAY, DUVAL (MATHIAS), FÉRÉ (CH.), FENAYROU, FERRIER, FLETCHER-BEACH, FRANCOTTE, GARNIER (S.), GOMBAULT, GRASSET, JUQUELIER, KERAVAL, KOUINDJY, LADAME, LANDOUZY, LEGRAIN, LEROY, LWOFF, MABILLE, MARANDON DE MONTYEL, MARIE (A.), MIERZEJEWSKI, MIRALLIÉ, MUSGRAVE-CLAY, PARIS (A.), DE PERRY, PEUGNIEZ, PHILIPPE, PICQUÉ, PIERRET, PITRES, RAVIART, RAYNEAU, RÉGIS, REGNARD (P.), RÉGNIER (P.), RICHER (P.), ROTH (W.), ROY, SÉGLAS, SÉRIEUX, SOLLIER, SOUKHANOFF, SOUQUES, SOUTZO, TAGUET, TCHIRIEW, THULIÉ (H.), URRIOLA, VALLON, VIGOUROUX, VILLARD, VOISIN (J.), YVON (P.).

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

Secrétaires de la rédaction : J.-B. CHARCOT ET J. NOIR

Deuxième série, tome XVI. — 1903.

Avec 39 figures dans le texte.

PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes.*

1903

BOSTON MEDICAL
FEB 19 1904
LIBRARY.

CATALOGUED
FEB 19 1904
E. H. B.

Vol. XVI. Juillet 1903. N° 91.

BOSTON MEDICAL LIBRARY. FEB 19 1904 7748

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE.

Délire et petit brightisme;

PAR

A. VIGOUROUX, médecin en chef. ET P. JUQUELIER, interne.

à l'asile de Vaucluse.

I. — Dans un premier mémoire [1], nous avons cherché à montrer, qu'à côté des délires bruyants, accompagnant la grande insuffisance hépatique, délires étudiés par MM. Klippel, Lévi et M. Faure, il existe des troubles délirants, d'allure plus tranquille, en rapport avec la petite insuffisance hépatique. Celle-ci se manifeste par des symptômes cliniques plus discrets et se traduit expérimentalement par la glycosurie alimentaire et l'urobilinurie.

Aujourd'hui nous cherchons à montrer qu'à côté du délire urémique aigu, à grand fracas, il existe également des troubles intellectuels en rapport avec une insuffisance modérée de la fonction rénale, insuffisance qui constitue le petit *brightisme*. Etant donné le genre même de malades que nous observons, il nous est arrivé souvent de ne pouvoir utiliser les signes subjectifs du petit brightisme, souvent si précieux pour le diagnostic, car les délirants ne rendent pas un compte exact de leurs sensations. Aussi parmi les procédés en usage permettant de trahir une lésion rénale, nous sommes-nous fort souvent adressés dans ce but à l'épreuve cliniquement commode du bleu de méthylène.

Suivant le procédé décrit par MM. Achard et Castaigne [2],

[1] *Société médico-psychologique*, 30 juin 1902; *l'Insuffisance hépatique et délire* (*Revue de psychiatrie*, septembre 1902).

[2] Achard et Castaigne, *Examen clinique des fonctions rénales par l'élimination provoquée*, Masson 1900.

nous avons injecté un centimètre cube de solution stérilisée de bleu à 1 p. 20, et nous avons surveillé le début, la durée et les irrégularités de l'élimination. Le retard du moment d'apparition de la matière colorante, la prolongation du temps de la durée de l'élimination, la diminution du taux de l'élimination nous permettaient d'affirmer un degré plus ou moins avancé d'imperméabilité rénale et l'on sait d'autre part que d'après les expériences de M. Léon Bernard [1] et l'observation de M. Charrin [2] il y a le plus souvent concordance entre les résultats donnés par l'épreuve du bleu et ceux obtenus par la recherche si délicate de la toxicité des urines.

Dans quelques cas, nous avons trouvé à la fois des signes d'insuffisance hépatique et d'insuffisance rénale, sans pouvoir déterminer exactement la part qui revient à chaque organe dans la pathogénie du délire. Il s'agit là d'un syndrome mental hépato-rénal analogue à celui que décrivit M. Maurice Faure dans des cas plus aigus [3].

II.— Dans une excellente revue sur « les troubles mentaux de l'urémie », M. le docteur Toulouse [4] s'étonne que, malgré sa fréquence probable, l'urémie ne figure pas plus souvent dans l'étiologie des maladies mentales. « Les aliénés, ajoute-t-il comme explication de ce fait, attirent assez rarement l'attention sur les troubles de leurs fonctions physiologiques, aussi est-il peu d'endroits où l'on ait moins parlé de folie urémique que dans les asiles. » Il est, en effet possible, que dans certains cas, l'étiologie rénale passe inaperçue chez des aliénés auxquels il manque le gros symptôme albuminurie, et dont l'état mental seul attire toute l'attention du médecin. Toutefois parmi les troubles psychiques par auto-intoxication, les délires d'origine urémique sont de ceux qui ont été le plus anciennement décrits [5] et étudiés, et si leur fréquence n'est pas

[1] Léon Bernard. *Étude critique des méthodes de détermination de la toxicité du sérum sanguin et de l'urine* (*Revue de médecine 1900*).

[2] Charrin, *Société de Biologie*, 3 mars 1900.

[3] Maurice Faure. Thèse, Paris 1900.

[4] *Gazette des Hôpitaux*, 18 juin 1894.

[5] Ce mémoire ne constituant pas une revue sur la question du délire dans l'urémie, nous n'avons pas cru devoir rappeler, dans un chapitre d'historique les travaux bien connus de Lasègue, Gubler, Jaccoud, Bourneville, Raymond, etc. ; nous renvoyons : 1° à la thèse de M. Florand

aussi grande que semblent l'admettre certains auteurs (Werberg, Sankey [1]) il est probable que leur nombre ira en augmentant à mesure que se perfectionneront les moyens d'investigation clinique appliqués aux aliénés.

Sans parler de l'examen des urines systématiquement pratiqué, nous avons recherché chez tous nos malades les signes cliniques manifestant l'insuffisance rénale. Il s'agit bien entendu de cas chroniques et frustes, de petite urémie et non de grande insuffisance rénale, avec délire aigu et terminal, qui est le plus souvent observée dans les hôpitaux. Chez tous les sujets soumis à notre examen (malades d'asile, par conséquent), nous avons poussé l'enquête du côté des petits signes du brightisme, réunis par le professeur Dieulafoy. Nous avons recherché la polyurie, la pollakiurie, les démangeaisons, les crampes douloureuses, le signe du doigt mort, les sifflements et les bourdonnements d'oreille, les troubles visuels, les épistaxis, les vomissements, la dyspnée, les douleurs lombaires, la céphalée, l'hypothermie, le bruit de galop, le myosis, la cryesthésie, etc. Nous avons recherché dans les urines la diminution de l'excrétion de l'urée, la preuve de l'imperméabilité relative du rein par le bleu de méthylène. Or, si cette investigation nous a permis de déceler l'étiologie rénale dans quelques cas, dont nous rapportons les plus typiques, ces cas n'en sont pas moins relativement très rares.

De plus il ne suffit pas de constater chez un sujet, d'une part des troubles psychiques, d'autre part des signes d'insuffisance rénale pour établir entre les deux phénomènes une relation de cause à effet.

D'après M. le professeur Joffroy [2], la coexistence de troubles rénaux et de troubles délirants peut se rencontrer dans trois cas : 1° Un délire aigu peut être le symptôme passager d'une néphrite ; 2° Un aliéné peut présenter de l'albuminurie au cours de sa vésanie ; 3° Une albuminurie existante crée de toutes pièces des troubles mentaux, temporaires ou définitifs, suivant la prédisposition du malade. Seuls les

(1891) *Des manifestations délirantes de l'urémie* ; 2° à la revue déjà citée du docteur Toulouse (*Gazette des hôpitaux*, 18 juin 1894) ; 3° à la thèse de M. Maurice Faure. *Sur un syndrome mental lié à l'insuffisance des fonctions hépato-rénales*. Paris 1900.

[1] Cité par Bouvat. *Essai sur l'urémie délirante*, Thèse de Lyon 1883.

[2] Joffroy. *Leçons de la Salpêtrière*, 11 décembre 1890.

sujets du troisième groupe rentrent dans le cadre de notre étude.

Suivant la classification de Kœppen [1], les troubles mentaux accompagnant l'albuminurie peuvent être divisés en trois groupes : 1° Ceux qui sont sous la dépendance d'une lésion rénale ; — 2° Ceux qui sont de même que la lésion rénale, symptômes d'une maladie générale ; — 3° Les psychoses et les maladies nerveuses provoquant de l'albuminurie.

Sans insister sur ce troisième groupe nous étudierons des faits du premier et du second groupe. Nous dirons que l'insuffisance de la fonction rénale est la cause efficiente du délire, quand, en l'absence de toute autre cause, nous verrons le délire apparaître, évoluer et disparaître avec elle. Dans le second groupe qui comprend surtout l'artério-sclérose et les infections, nous verrons que parfois la lésion rénale paraît réagir sur l'état mental.

Enfin si l'étiologie rénale peut échapper à l'attention du médecin dans les cas mêmes où le brightisme doit être mis en cause, c'est sans doute aussi parce que, parmi les phénomènes délirants qui le manifestent, il n'existe pas de caractère propre, pathognomonique, permettant de le reconnaître en l'absence de tout autre symptôme clinique.

Il est des cas, dit M. le professeur Dieulafoy [2], où le délire apparaît comme l'unique manifestation du brightisme. Le malade n'a plus les apparences d'un brightique, il a l'air d'un aliéné. Or ce délire, seul témoin de la lésion rénale, est-il pathognomonique ? Il semble bien que non. Il n'y a pas dans les manifestations psychiques du brightisme de signe caractéristique du brightisme. M. Cullère [3] a cité deux cas assez probants à cet égard : dans l'un l'étiologie rénale des troubles mentaux ne fut établie qu'à l'autopsie. Dans l'autre c'est parce que la mort fut consécutive à des phénomènes de grande urémie, qu'on put rattacher à l'altération des reins des accès intermittents de mélancolie survenant depuis 9 ans. D'après leur allure clinique les troubles délirants d'origine

[1] Kœppen. *De l'albuminurie chez les aliénés (XIIIe Congrès des neurologistes et des aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest*, 1889). *Archives de neurologie*. T. XVIII, p. 418.

[2] Folie Brightique. *Société médicale des hôpitaux*, 1885.

[3] Cullère. *Archives de Neurologie*, décembre 1901.

rénale peuvent rentrer dans la classe plus vaste des délires toxiques.

Qu'il s'agisse d'auto-intoxication ou d'intoxication d'origine externe on retrouve toujours dans les grandes lignes le même délire hallucinatoire, délire onirique, état de rêve prolongé avec confusion mentale profonde. Délire alcoolique, délire consécutif aux grandes infections, délires autotoxiques, tous ces troubles psychiques d'origine toxique qui frappent des sujets prédisposés, par leur hérédité ou leurs antécédents personnels, ont des points généraux de ressemblance. A propos de la folie urémique, MM. Régis et Chevalier Lavaure[1] écrivaient en 1893 : « Ces psychoses sont si bien toxiques que la plupart des auteurs qui les ont décrites ont été frappés de leur analogie avec la folie alcoolique et ont insisté sur cette analogie. »

Il y a plus : les agents toxiques d'origine externe, l'alcool en particulier si fréquemment incriminé, n'agissent directement sur la production des troubles cérébraux que dans les cas aigus (ivresse délirante). M. Klippel a montré que les accès délirants survenant chez les alcooliques chroniques ne sont pas dus à l'alcool, mais à l'auto-intoxication rendue possible par les altérations organiques produites par l'alcool.

L'insuffisance hépatique, des troubles gastriques d'origine éthylique peuvent développer et entretenir des états délirants, véritables rêves prolongés, que M. Klippel rapproche du délire du rêve de Lasègue dont ils ont la physionomie clinique. Or, le délire par insuffisance rénale rentre complètement dans le cadre des délires de rêve et se confond avec eux : de telle sorte, que lorsque les signes physiques du brightisme n'attirent pas l'attention, lorsqu'il s'agit de petit brightisme, en l'absence de renseignements précis sur les antécédents du malade, et devant la confusion mentale ou le délire hallucinatoire que ce malade présente, le médecin conclut volontiers à un délire toxique, et parmi les toxiques accuse le plus souvent l'alcool, s'en rapportant à l'usage si fréquent de ce poison.

Dans un cas de M. Régis le syndrome délirium tremens termina l'évolution d'une granulie. Le même syndrome fut

[1] Régis et Chevalier Lavaure. *Des auto-intoxications dans les maladies mentales* (Rapport-Congrès de la Rochelle, 1893).

décrit par M. Waler chez un individu indemne de tout alcoolisme [1].

Parmi les observations que nous rapportons, soit complètes, soit brièvement résumées, quelques-unes présentent avec celles-ci bien des analogies :

Celle de M..., garçon boucher de 47 ans, soigné depuis 8 ans pour des accidents cardiaques d'origine rhumatismale, ayant présenté des attaques répétées d'asystolie, au régime lacté depuis trois ans, manifestant sous l'influence d'un écart de régime alimentaire, des accidents d'obstruction rénale et du délire très actif, qualifié d'alcoolique.

Celle de R..., boulanger de 36 ans, buveur de vin, mais chez qui les accidents délirants ont disparu en même temps que les divers signes de néphrite subaiguë (oligurie, albuminurie, céphalées, épistaxis, œdème malléolaire).

Celle de K... enfin, homme de peine de 58 ans, chez qui le brightisme n'avait pas été soupçonné, qui était soigné pour de la bronchite et dont le délire, les cauchemars, les crampes avaient été considérés comme des accidents exclusivement alcooliques.

D'ailleurs, en présence de tels malades, n'est-ce point déjà avoir fait un grand pas que d'avoir établi le diagnostic de délire toxique ? Au point de vue thérapeutique, le traitement immédiat des accidents délirants toxiques sera, pour tous et avant tout, le régime lacté absolu. Toutefois, pousser plus loin l'investigation, rechercher aussi exactement que possible la cause de l'intoxication n'est point faire une constatation théorique sans importance. Certains médicaments pourront être utilement adjoints au régime alimentaire (calomel, diurétiques, benzo-naphtol) suivant que le foie, le rein, ou l'intestin paraîtront devoir être mis en cause. De plus, il faut s'inquiéter de l'avenir d'un malade dont le délire paraît être passager et pouvoir le mettre en garde contre le retour des accidents qui l'ont amené à l'asile.

Le malade ayant présenté de l'ivresse délirante et guéri pourra, toute boisson alcoolique mise à part, reprendre le régime alimentaire de tout le monde ; le brightique même latent, s'il n'a pas le courage de supporter en tout temps le régime lacté absolu devra pourtant se soumettre à une ali-

[1] Cités par Klippel. *Délire et auto-intoxication hépatique* (*Revue de psychiatrie*, 1897).

mentation sévère, et savoir reprendre le lait au moindre symptôme avant-coureur d'intoxication urinaire.

Devant un délire onirique, hallucinatoire, confus, toxique en un mot, la recherche de l'agent toxique s'impose donc. Le problème étant ainsi posé, ce n'est pas, nous venons de le voir, dans les nuances des manifestations délirantes qu'il faut en rechercher la solution, mais dans l'examen des principaux organes et de leur fonctionnement.

Dans les cas difficiles et douteux (comme le sont souvent ceux que nous avons eu à examiner, il faut s'adresser aux procédés d'expérimentation les plus cliniques : l'examen des urines, leur analyse aussi rigoureuse que possible, avant et après épreuves, rend en particulier de grands services. La constatation de la glycosurie alimentaire, de l'urobilinurie[1], de l'hypoazoturie, feront penser à l'insuffisance hépatique. L'indicanurie mettra en garde contre l'auto-intoxication d'origine intestinale.

L'élimination retardée et prolongée du bleu de méthylène indique que le rein ne possède qu'une perméabilité douteuse ; et que le retard correspond « à des troubles purement fonctionnels provoqués par un spasme du système vasculaire des reins, ou à une intoxication de cellules glandulaires[2] » il mettra sur la voie de la découverte du brightisme latent.

Cette dernière épreuve a été pratiquée sur un grand nombre de nos malades, surtout chez ceux dont les signes cliniqués d'intoxication urémique étaient rares et peu probants. Elle nous a donné d'utiles confirmations. Mais d'autre part, l'examen complet des urines nous a montré souvent que l'auto-intoxication révélée par le délire est complexe et peut dépendre du mauvais fonctionnement de plusieurs appareils (voir observation D...). Il est donc très difficile dans ces conditions, de distinguer, au point de vue mental, le délire d'origine hépatique et d'origine intestinale du délire urémique ou des autres délires toxiques.

Et si l'on pouvait admettre qu'un brightique possède au début de sa crise délirante une allure spéciale, il n'en serait

[1] Disons à ce propos que M. le professeur Gilbert, MM. Lereboullet et Herscher admettent l'origine rénale de l'urobiline. Voir *Presse médicale*, 3 septembre 1902 (Gilbert et Herscher).

[2] Dieulafoy, *Manuel de pathologie interne*, 7e édition, T. III, p. 75.

ainsi qu'au début. Comme le fait remarquer Moreau de Tours[1] « quand il est dépouillé de ses caractères primitifs les plus propres à mettre sur la voie de son origine réelle, l'état maladif est méconnaissable. »

Il est des cas où les toxines rénales produisent sur le cerveau des altérations durables, et dans ces cas la démence consécutive au délire n'a aucun caractère spécial. Or il est exceptionnel que le médecin aliéniste assiste dans les asiles au début d'une crise délirante d'origine urémique. Dans les cas curables, il voit des malades pour ainsi dire « déflorés. » Dans les cas chroniques il peut constater un trouble mental persistant après une lésion rénale guérie et qu'il ignore peut-être. Il peut constater aussi la coexistence d'un état démentiel profond et d'une albuminurie symptomatique d'une néphrite chronique, sans oser établir une relation de cause à effet entre ces deux phénomènes.

Quel a été le rôle de l'altération du rein chez le malade Br... (dément précoce albuminurique) et chez les malades Ca... et Sch..., aujourd'hui déments et également atteints de troubles rénaux? Il faudrait pour déterminer au juste ce rôle, pouvoir remonter mieux que nous n'avons pu le faire dans le passé de ces malades. Pourtant quelques-unes de nos observations semblent bien démontrer la réalité d'un lien entre l'état psychique et la lésion viscérale éloignée (Du Cai., Schu...).

Chez de tels malades, à qui il est impossible de faire admettre la nécessité d'une alimentation exclusivement lactée, il nous a fallu parfois interrompre, parce qu'ils le refusaient, le régime antitoxique par excellence. Dans ces conditions, sur le fond de démence, pendant que l'albuminurie augmentait et que la quantité des urines excrétées diminuait, nous avons constaté souvent des modifications de l'état mental. En dehors même du changement d'alimentation, nous avons plusieurs fois constaté chez les malades Dus... et So... que les périodes de dépression coïncidaient avec l'oligurie ou une reprise de l'albuminurie. D'une façon générale, et ce fait a été constaté déjà par le professeur Raymond, l'augmentation de la quantité d'albumine semble coïncider avec l'aggravation de l'état mental. Il est vrai que le régime alimentaire

[1] Moreau de Tours, *De l'identité de l'état de rêve et de la folie* (*Annales médico-psychologiques*, 1855).

peut provoquer par lui-même une série d'auto-intoxications parmi lesquelles l'insuffisance rénale n'est qu'un des facteurs.

Mais tout en tenant compte de cette objection, il faut, dans les cas aigus comme dans les cas chroniques, rechercher chez les aliénés les causes d'auto-intoxication d'origine rénale. Cette constatation pathogénique, que nous avons appuyée dans le cas particulier sur l'épreuve du bleu nous a conduit à des indications thérapeutiques fort utiles.

III.— Il semble donc que, si les délires urémiques bruyants se rencontrent à l'hôpital et y sont soignés, on trouve dans les asiles des délires subaigus qui reconnaissent comme cause la même auto-intoxication. Comme le fait justement remarquer M. le professeur Dieulafoy, la connaissance de cette étiologie a une grande importance, car elle commande le traitement.

Dans les cas subaigus comme dans les cas chroniques, le régime lacté absolu est la base de la thérapeutique.

A l'asile les seuls procédés thérapeutiques ne sont pas comme semble le craindre le professeur Dieulafoy[1], l'alimentation forcée et la douche.

Entre les cas observés dans les hôpitaux et les nôtres, s'établit une transition insensible, et reconnus ou non, des brightiques délirants sont internés dans les asiles, sans qu'il en résulte pour eux tout le mal que certains paraissent craindre.

Quant à la tare que provoque l'internement, est-elle aussi réelle qu'on veut bien le dire ? N'est-ce pas, plutôt que l'internement, la prédisposition au délire qui constitue la tare ? Les descendants d'un malade nous paraissent avoir tout intérêt pour leur hygiène personnelle à connaître l'existence de cette prédisposition.

Observation I. — K.... (Jean), cinquante-huit ans, est entré dans la division des hommes de l'Asile de Vaucluse, le 31 mai 1902, venant de l'Asile clinique ; avec le diagnostic suivant : *Délire mélancolique avec idées confuses de persécution*, découragement, tendances au suicide, par intervalles, quelques excès de boissons (Magnan). A l'infirmerie de la Préfecture, M. le Dr Legras avait

[1] Dieulafoy, *Société médicale des hôpitaux*, 10 juillet 1885.

porté le diagnostic : *Alcoolisme, hallucinations*. Insomnie. Propos désordonnés. Idées de suicide.

K..,. exerce la profession de garçon de bureau et il est marié depuis une vingtaine d'années. Nous savons par sa femme qu'il a été bien portant dans sa jeunesse, et qu'il a eu, vers l'âge de cinquante-un ans, une crise de rhumatismes articulaires généralisés qui l'a obligé à garder le lit assez longtemps. Ses antécédents héréditaires ne nous sont pas connus. Lui-même a trois enfants. les deux aînés sont bien portants, le troisième est atteint de mal de Pott. La quatrième grossesse de la femme du malade a coincidé il y a sept ans avec l'affection rhumatismale dont lui-même fut atteint. Elle s'est terminée par une fausse couche.

Jusqu'en 1901, la santé de K... fut généralement bonne. Il travaillait régulièrement, mais n'était pas d'une sobriété parfaite. Il est vrai qu'une très petite quantité de boisson suffisait à le rendre malade. Il y a un an, il fut brusquement pris de troubles respiratoires qui le forcèrent à suspendre son travail et à s'aliter. Il fut pendant quelques jours dyspnéïque. Il se plaignit de céphalalgies violentes et eut des pertes de connaissance.

Cet état aigu ne dura que quelques jours, mais depuis le malade est sujet à la céphalée et aux étourdissements. Il a remarqué que quelquefois le soir ses chevilles sont légèrement enflées. Il lui arrive aussi de saigner du nez, d'avoir le matin les yeux bouffis, de ressentir des crampes dans les jambes.

Il y a deux mois, une nouvelle crise de dyspnée le fit suspendre son travail et garder le lit. Il ne s'est jamais rétabli complétement depuis cette époque. Mais aux troubles d'abord exclusivement physiques qu'il présenta en avril (dyspnée, œdème généralisé) s'ajoutèrent, au début du mois de mai, des troubles délirants dont l'apparition coïncida, a remarqué sa femme, avec de l'oligurie. Le 4 mai il n'urina même pas un demi-litre ; il présenta pendant la nuit un véritable délire de rêve ; il vit sa fille et sa sœur mortes depuis plusieurs années, il conversa avec elles, et quand sa femme lui demanda avec qui il causait, il le lui dit, ne s'étonnant pas de l'invraisemblance de la chose et ne paraissant pas dormir. Ce délire hallucinatoire, surtout nocturne, alternait avec des périodes de confusion simple. Au milieu de la nuit, réveillé par d'impérieuses envies d'uriner, il se levait, se perdait dans l'appartement; prenait les fenêtres pour la porte, disait n'être plus chez lui. D'autres fois, sous l'influence d'hallucinations terrifiantes, il menaçait d'un revolver qu'il n'avait pas, des ennemis imaginaires qui l'entouraient. Dans le jour, il était généralement plus calme ; quelquefois il se plaignait de ne plus voir clair, et voulait allumer la lampe.

Il avait des périodes de lucidité, au cours desquelles il attribuait à des cauchemars ses actes déraisonnables, et par crainte de faire

des bêtises dans la rue, il ne voulait pas sortir. Son agitation nocturne persistant, sa femme provoqua son admission à l'Asile. Entré le 27 mai à Sainte-Anne, il arriva dans le service le 31 mai.

Examiné au moment de son entrée, le malade est calme ; c'est un homme bien constitué, de 1 m 73 cm de taille, ne présentant pas d'anomalies physiques, ni d'asymétrie faciale. Son indice céphalique est de 86 cm, sa nutrition générale est relativement bonne. Il pèse 60 kilogrammes. Il supporte volontiers le séjour au lit. La face est pâle, les artères temporales sont sinueuses, les paupières inférieures sont légèrement œdématiées. Les pupilles sont sensiblement égales, mais contractées et irrégulières. Les réflexes pupillaires sont lents. La langue est saburrale, animée à la pointe d'un certain degré de tremblement fibrillaire. Il n'y a pas de trouble de la parole, mais le malade cherche ses mots. parle peu. Les réflexes patellaires sont conservés. Les réflexes cutanées sont faibles. La sensibilité générale est intacte, la force musculaire est peu développée, la station debout est incertaine.

A l'examen des principaux appareils on ne constate rien du côté des poumons, mais la partie postérieure du thorax porte encore des traces de révulsion récente (ventouses scarifiées et vésicatoire). Le pouls est vibrant, l'auscultation du cœur révèle un bruit de galop à rythme d'anapeste (bruit systolique surajouté). Les urines pâles, abondantes, ne contiennent ni sucre, ni albumine mais l'addition d'une petite quantité d'acide azotique y fait apparaître immédiatement un disque rougeâtre d'uro-hématine.

Au point de vue mental, le malade présente encore un certain degré de confusion. Il croit avoir passé quinze jours à Sainte-Anne au lieu de quatre jours. Il se rend mal compte du lieu où il se trouve ; on l'a envoyé à la campagne pour se guérir. Il veut s'en aller bientôt. Il est allé à Sainte-Anne tout seul, sur le conseil de son médecin. Il nie énergiquement avoir eu des hallucinations. Cette confusion mentale est mise en évidence par le fait suivant. Interrogé par écrit sur la cause de son entrée à l'asile, il répond : « Parce que je suis malade », et continuant comme s'il écrivait à sa femme, il ajoute : « Je suis à Vaucluse depuis maintenant. Si tu peux me renvoyer 25 francs pour venir, je viendrai ici le premier jour de la semaine. Je vous embrasse de tout cœur ». Pourtant il est capable de donner quelques détails sur son état de santé antérieur. Il nous dit qu'il est sujet aux maux de tête, aux étourdissements, et qu'il saigne souvent du nez. Ces renseignements déjà notés ont été confirmés par sa femme.

Du 1er au 8 juin, le malade est laissé au régime ordinaire, et son état ne se modifie pas sensiblement. Moins calme que le jour de son entrée, il veut quitter son lit, demande à s'en aller, dort très mal, se plaint de cauchemars, de visions d'animaux. Il va régulièrement à la selle et mange avec assez d'appétit.

Ses urines recueillies le 2 juin ont donné à l'analyse les résultats suivants :

Quantité	2 lit. 125.
Couleur	très claire.
Densité	1,010.
Urée	22 gr. 77 (20,71 au litre).
Acide urique	0.40.
Sucre	néant.
Albumine	néant.
Coefficient d'oxydation	67.

Donc, quantité considérable, densité faible, diminution légère de l'urine. Coefficient d'oxydation peu élevé. Il faut noter que cette analyse a été pratiquée au moment où le malade était déjà un peu amélioré, et où l'oligurie (qui avait coïncidé avec l'apparition des troubles mentaux) fut remplacé par de la polyurie et de la pollakiurie.

Le 4 juin, il a été pratiqué une injection de bleu de méthylène qui ne fut retrouvé dans les urines qu'à partir de la sixième heure et qui mit plus de trois jours à s'éliminer. Donc, élimination très retardée et très lente, mais régulière.

Le 9 juin, le malade est mis au régime lacté absolu et en quelques jours son état s'améliore d'une façon très sensible. Le 13, au moment de l'établissement du certificat de quinzaine, la confusion mentale a disparu. Il sait qu'il est ici depuis deux semaines. Il se rend compte qu'il a eu des hallucinations, des cauchemars qui l'effrayaient. Il dit qu'il se levait souvent la nuit parce qu'il était oppressé; qu'il a eu des troubles de la vue, qu'il a de fréquents maux de tête, des crampes dans les mollets, qu'il urine souvent et peu à la fois. Pourtant son équilibre mental n'est pas encore parfait. Il redoute d'une façon un peu puérile un internement prolongé.

Du 13 au 29 juin, il a été en s'améliorant et le 29 juin il est rendu à sa femme qui le déclare très raisonnable et le réclame pour lui faire passer quelque temps à la campagne, avant de lui laisser reprendre son travail.

L'état physique a évolué parallèlement à l'état mental ; au moment de sa sortie, sous l'influence du régime lacté, le malade n'a plus de crampes dans les jambes, plus de saignements de nez ni de céphalalgie. L'œdème des paupières et des jambes a disparu ainsi que la dyspnée. Les urines sont abondantes.

En résumé, accès passager de délire hallucinatoire avec confusion mentale ayant évolué chez un homme atteint de néphrite chronique en même temps qu'une poussée de petite urémie. Régression parallèle des troubles psychiques et des troubles physiques dus à l'intoxication par insuffisance urinaire.

Observation II. — R... Ernest-Albert, 36 ans, entre dans le service le 5 juillet 1902 avec les diagnostics suivants : délire alcoolique, hallucinations, peurs imaginaires, appels désespérés, Dr Legras. — « Dégénérescence mentale avec alcoolisme, préoccupations hypochondriaques, hallucinations multiples, frayeurs, excitation passagère, tremblement des mains, Dr Magnan. — C'est un homme bien constitué, d'une force physique supérieure à la moyenne, bien qu'à son entrée il ne pesât que 70 kilos, sa taille étant de 1m73. Il ne présente pas d'anomalies physiques; son indice céphalique est de 84 centimètres, ses traits sont réguliers. Il exerce la profession de garçon boulanger. On ne relève dans ses antécédents que des habitudes alcooliques déjà anciennes (3 litres de vin et une absinthe par jour), trahies d'ailleurs par l'examen somatique. Il a pu travailler régulièrement jusqu'au 1er juillet, mais dans la nuit du 2 au 3 il a présenté du délire hallucinatoire; il a appelé, pour qu'on pût le débarrasser d'ennemis imaginaires qui en voulaient à ses jours. Cette excitation fit place à son arrivée dans le service à un état de dépression très prononcé, mais le délire persistait toujours.

Il faut, pour l'examiner à son arrivée, l'arracher à sa torpeur, sa physionomie exprime l'abattement. Les pupilles sont légèrement inégales au profit de la gauche. La langue est saburrale. La parole rare, mais sans troubles réels. Le malade qui est d'origine suisse parle assez mal le français. Les réflexes patellaires sont faibles, les réflexes plantaires sont nuls et les crémastériens normaux. Les mains sont animées d'un tremblement assez prononcé. La force musculaire est conservée, la démarche est normale. Les grands appareils ne présentent pas de troubles notables, toutefois, le foie paraît à la percussion diminué de volume. L'examen clinique des urines révèle une quantité notable d'albumine.

Au point de vue mental le malade est assez confus. Invité à répondre par écrit à un questionnaire simple, il reproduit les questions au lieu d'y répondre : il se rend mal compte de sa situation; il est entré parce que la famille d'une femme avec qui il voulait se marier, après s'être opposée à ce mariage, a voulu le faire monter sur l'échafaud. Il prétend avoir eu la syphilis il y a 12 ans, et depuis, dit-il, il est devenu « loufoque »; chacune des manifestations de sa syphilis l'a beaucoup préoccupé.

Il ne présente à l'heure actuelle aucun accident spécifique et aucune trace de spécificité. Un peu plus lucide le lendemain après une bonne nuit, il dit que depuis plusieurs semaines il a quelquefois les chevilles enflées le soir, qu'il a parfois saigné du nez, ou éprouvé la sensation doigt de mort. Il raconte que depuis quelque temps tout le monde le regardait de travers dans la rue. Il a pensé que c'était à cause d'un vol insignifiant commis dans son enfance et il est allé chez le commissaire s'accuser de ce vol.

Des camarades le traitent de prussien, on lui en veut aussi parce qu'il est bien avec la fille de son patron. Il dit avoir eu depuis quelque temps des crampes dans les jambes, des pituites matinales, des cauchemars interrompant son sommeil. Le régime lacté absolu est institué.

L'examen complet des urines pratiqué quelques jours après son entrée a révélé une diminution de volume assez notable (850 grammes en 24 heures) un coefficient d'oxydation normal, une excrétion suffisante d'urée (32 grammes), environ 0 gr. 75 d'albumine par litre et la présence d'une certaine quantité d'indican. L'épreuve de la glycosurie alimentaire a donné un résultat négatif.

Très rapidement le malade s'est amélioré. En dehors des idées confuses de persécution dont il avait conservé le souvenir, le malade n'a pas présenté à l'asile de délire hallucinatoire. Il était surtout confus et avait une conscience peu nette de son état. Au bout de quelques jours il est devenu moins confus et moins triste : il parle peu, mais joue volontiers avec ses camarades de salle. Au bout de quinze jours d'observation, le régime lacté absolu a été remplacé par un régime mixte, dont le lait, toutefois, fait la base. Les urines sont plus abondantes et plus claires. L'albumine diminue.

Le 20 juillet, le malade est mis au travail. Il a pu travailler régulièrement du 20 juillet au 22 août et a été à cette époque mis en liberté sur sa demande. La confusion mentale a disparu, ainsi que toutes les idées délirantes, qu'il a presque totalement oubliées. Un nouvel examen d'urine a donné dans les grandes lignes les résultats suivants :

Quantité	2 500 cmc. (au lieu de 850 à l'entrée).
Densité.	1 015.
Urée	34 gr. en 24 heures.
Coefficient d'oxydation .	90.
Albumine.	0.

Les céphalées, les insomnies, l'œdème vespéral des chevilles ont également disparu.

En résumé chez un alcoolique probablement syphilitique de 36 ans, évolution d'une poussée subaigüe de néphrite, s'accompagnant de troubles délirants hallucinatoires avec confusion mentale, préoccupations hypochondriaques, idées de persécution. Disparition parallèle et rapide des troubles délirants et des symptômes de brightisme. Etant donné les habitudes avérées d'alcoolisme du malade et les symptômes physiques d'intoxication qu'il présentait, il est évidemment difficile d'affirmer que l'alcool n'est pas un facteur de son

délire. Mais d'autre part, il est impossible de ne pas être frappé de la coïncidence des troubles délirants et des troubles urémiques et de leur disparition simultanée. L'action de l'alcool s'est peut-être limitée à créer au niveau des reins des altérations, qui ont permis l'apparition d'insuffisance rénale passagère. (*A suivre.*)

ENSEIGNEMENT.

La clinique psychiatrique de l'Université de Giessen (Grand-Duché de Hesse);

(*Suite* [1])

PAR M. LE Dr PAUL SÉRIEUX,
Médecin en chef de la Maison de santé de Ville-Evrard.

Organisation de la Clinique.

ORGANISATION DU SERVICE MÉDICAL. — Le professeur de Clinique psychiatrique, M. le docteur R. Sommer, est directeur de la Clinique au point de vue des services médicaux et administratifs [2].

Il est secondé réglementairement par quatre médecins dont trois médecins assistants et un stagiaire (*Volontärhausarzt*) qui habitent tous la Clinique. Lors de notre visite le personnel médical était composé, outre le professeur Sommer, d'un médecin en chef, M. le docteur Dannemann, ayant le titre de professeur extraordinaire, de trois médecins assistants et d'un médecin volontaire appartenant au corps de santé militaire. Tous sont logés à la Clinique. Le premier médecin assistant est chargé de la division des femmes, le second de la division des hommes. Leur logement est situé dans le bâtiment principal, c'est-à-dire à proximité

[1] Voir le numéro de juin, p. 513.

[2] Le professeur Sommer est l'auteur de travaux intéressants sur: *le Siège de l'âme*, d'après Sœmmering; — l'*Histoire de la psychologie et de l'esthétique en Allemagne: — la Question des infirmiers; — l'Église et l'État, leur intervention dans l'assistance des aliénés*; — *les Méthodes d'investigation psychophysiques applicables aux aliénés*, méthodes ayant pour but de mesurer avec précision le niveau mental et l'instruction des sujets, la durée et l'intensité des réactions psychiques, des phénomènes d'association et d'automatisme, la faculté d'orientation, etc.

des bureaux administratifs, qui doivent adresser toutes les communications concernant chaque division au médecin qui en est chargé. La direction du service médical de chaque division est donc tout entière entre les mains d'un seul médecin, responsable devant le professeur. C'est au médecin de chaque division que sont transmises les indications du professeur, les dossiers des entrants, la correspondance des aliénés. Ce médecin est chargé de tenir à jour les observations avec le concours du troisième assistant ou du médecin stagiaire. Ces deux derniers médecins habitent *dans la division même* à laquelle ils sont affectés (pavillon de surveillance) et sont chargés d'une partie du service, de la surveillance du personnel. L'affectation des infirmiers, les permissions de sorties sont réservées au médecin de la division.

Cette organisation du service médical présente un grand avantage : dans chaque division il existe en effet deux médecins connaissant à fond les malades et pouvant se remplacer mutuellement sans que le service en souffre. Le remplacement du médecin d'une division par son collègue de l'autre division n'est pas admis; on a établi ce principe qu'un des deux médecins de chaque division doit toujours être présent à la Clinique ; de plus les deux médecins chargés du service des deux divisions ne peuvent s'absenter simultanément : de cette façon le professeur absent peut toujours être remplacé par un médecin plus expérimenté que les jeunes assistants ou volontaires.

Le premier assistant a encore dans ses attributions le service de la Policlinique, la surveillance de la bibliothèque; le second est chargé des laboratoires. Chacun d'eux est de service à tour de rôle pour les leçons cliniques.

La Clinique disposant de 80 à 100 lits, c'est donc 20 à 25 malades qui sont attribués à chaque médecin, sans tenir compte du professeur. En raison de la collaboration d'un certain nombre de médecins stagiaires supplémentaires, la proportion des médecins est encore plus élevée et assure ainsi aux malades une surveillance médicale et une observation scientifique assidues.

Personnel de surveillance. — Ce personnel est laïque. La proportion élevée des infirmiers et infirmières permet de surveiller les malades d'une façon constante. Pour chaque division d'hommes et de femmes il y a 16 infirmiers ou infirmières (y compris veilleurs et veilleuses) avec un surveillant et une surveillante en chef; soit pour 80 à 100 malades 34 agents, proportion considérable (1 pour 3,5), qui paraîtrait même excessive si on ne tenait pas compte du personnel plus nombreux qu'exige le système des pavillons dispersés, du grand nombre de cas aigus, des exigences de l'enseignement, du transport des aliments, du service des téléphones et enfin de l'organisation de trois salles de surveillance

continue pour chaque sexe. La proportion d'infirmiers ci-dessus énoncée est celle qui convient pour tous les établissements de traitement si l'on veut arriver à la suppression de lits spéciaux pour gâteux, des cellules où les malades gisent dans le varech ou la paille, etc.

Le surveillant et la surveillante en chef n'ont pas à s'occuper de la répartition des infirmiers et des permissions de sortie du personnel : ces questions sont réservées aux médecins. Ils sont chargés de surveiller infirmiers et infirmières, de veiller à ce que l'ordre et la propreté règnent dans les services, les magasins, les vestiaires.

Les *infirmiers* ne sont pas affectés d'une façon permanente au service du même pavillon : un roulement est organisé d'une façon régulière. Un groupe de cinq infirmiers est attaché pour une période de cinq jours au service d'un pavillon ; et les cinq postes déterminés auxquels ce groupe est affecté sont occupés chaque jour par un infirmier différent. Un groupe de cinq infirmiers est ainsi affecté durant cinq jours au service du pavillon des pensionnaires, puis durant une période égale au pavillon des tranquilles, suivie d'un stage de cinq jours au pavillon des agités, qu'il quitte pour un service plus facile.

Pendant chaque période de cinq jours un même infirmier n'est en contact avec les malades que les premier, troisième et cinquième jours. Le deuxième jour il sert d'aide, après son service de veille ; le quatrième il a à s'occuper des corridors, des bains, des travaux de propreté, du transport des aliments.

Ce roulement permanent du personnel présente des avantages considérables à côté de légers inconvénients.

Le *service de veille* se fait par demi-nuit pendant une période de cinq jours : un infirmier est de garde alternativement la première et la deuxième moitié de la nuit. Le service prend fin et commence à minuit. Dans la division des femmes la veilleuse est de garde toute la nuit de 9 h. 30 de soir à 6 heures du matin. La veilleuse se repose de 4 à 9 h. 30 avant de prendre son service et durant quatre heures après avoir veillé.

Les infirmiers chargés de la surveillance d'une salle doivent remplir un questionnaire ainsi conçu :

Des *cours* sont faits aux infirmiers et infirmières en vue de leur instruction professionnelle : notions générales de médecine, rapports avec les malades, conduite à tenir en présence d'agités, délirants, etc.

Les infirmiers (*Pfleger*) ont un uniforme bleu avec casquette de même couleur ; les infirmières (*Pflegerinnen*) ont une robe à carreaux noirs et blancs, de grands tabliers blancs, avec rubans sur les épaules, un bonnet. Leur traitement est, au début, de

Rapport de surveillance du pavillon. Date : fait par l'infirmier

NOMS DES MALADES	TRAITEMENT par le repos au lit.	ALIMENTATION	SOMMEIL	BRUIT	TEMPÉRATURE	PLAIES	ATTAQUES	SELLES	GATISME (des matières)	GATISME (urinaire)	BAINS
1											
2											
3											
4											
5											

OBSERVATIONS ET PRESCRIPTIONS du médecin.	OBSERVATIONS DE L'INFIRMIER
1	
2	
3	

300 M. pour les femmes (1 mark : 1 fr. 25), de 350 M. pour les hommes, avec, en plus, l'entretien, la chaussure, l'uniforme, le blanchissage. Outre des permissions périodiques, infirmiers et infirmières ont droit à un congé de huit jours par an.

Le personnel de surveillance est logé dans les pavillons de malades. La plupart des agents ont leur chambre, mais quelques-uns dorment dans les dortoirs avec les malades. On a aménagé récemment dans les mansardes des pavillons un certain nombre de chambres pour le personnel; une sonnerie électrique met ces chambres en communication avec les salles de surveillance continue, en prévision des cas où il serait nécessaire de venir en aide à la veilleuse. Les infirmiers et infirmières ne sont pas autorisés à se marier. Le recrutement en est, paraît-il, parfois malaisé; on se plaint du renouvellement trop fréquent du personnel.

Organisation du service administratif. — Au point de vue de l'organisation administrative, on a rendu la clinique complètement indépendante des autres cliniques (sauf au point de vue de l'éclairage et de la pharmacie).

Le professeur de clinique est chargé de la direction des services administratifs et économiques. Un administrateur est sous ses ordres; il remplit les fonctions d'économe, surveille le personnel des services généraux, est chargé de l'inventaire général, etc. La

cuisinière est assistée par cinq filles de service, elle dispose d'un magasin spécial d'approvisionnements qui lui permet d'exécuter toutes les prescriptions alimentaires extraordinaires prescrites par les médecins.

Le service du chauffage est assuré par un mécanicien et deux chauffeurs.

Il y a, en outre, un jardinier, un concierge et deux garçons de bureau.

Fonctionnement de la clinique. — La clinique, dit M. Dannemann, a pour but le traitement et les soins des aliénés des deux sexes, ainsi que l'enseignement des maladies mentales. L'intérêt de la science et les exigences de l'enseignement doivent présider à l'admission des malades. Si une clinique psychiatrique doit avant tout être un établissement de traitement, cependant on ne peut se baser uniquement sur la curabilité pour les admissions, en raison de l'intérêt que présentent certaines affections incurables.

Pour avoir un matériel clinique nombreux, une clinique doit disposer de lits gratuits en nombre suffisant et de lits à prix très faible. Le professeur dispose de 10 lits gratuits. Le prix de pension le moins élevé est de 1 mark.

Pour l'admission des malades, la personne qui la sollicite doit rédiger une demande écrite au directeur; c'est tantôt un parent, le tuteur, un représentant de l'autorité civile ou militaire, le directeur d'une autre clinique, le président d'une société de secours mutuels, etc. On exige, en outre, un rapport médical et un certificat délivré par l'autorité administrative constatant l'identité, les ressources du patient, la nature de la maladie mentale, les motifs de l'internement.

On reçoit également des pensionnaires sur leur propre demande; ils peuvent obtenir leur sortie sur leur demande, à moins de danger pour la sécurité publique. Dans ce dernier cas, un avis est envoyé au « médecin de cercle » qui fait un rapport sur le cas et confirme ou non la nécessité du maintien. Dans les cas où la sortie d'un malade est refusée à la famille par le médecin, le ministre de l'Intérieur intervient. De même, dans tous les cas litigieux qui peuvent se présenter.

En cas d'urgence, le directeur peut admettre un aliéné sous réserve de l'examen du médecin expert qui rédige un rapport concluant ou non au maintien.

En résumé : 1° la clinique peut recevoir des malades de toute classe sans considération de nationalité, de domicile, de secours;

2° Les mesures sont prises pour que l'admission des patients puisse avoir lieu sans retard;

3° En cas d'admission de sujets pour lesquels il n'y a pas de certificat d'internement, l'intervention du médecin expert pré-

sente des garanties au point de vue de la protection de la liberté individuelle et décharge le directeur de la responsabilité de l'admission.

La clinique n'est pas dans l'obligation d'admettre tous les aliénés placés d'office. Les agents de police qui conduisent un malade à la clinique doivent être en civil.

Les prix de pension de la clinique varient de 1 à 6,50 mark. Le prix habituel de la troisième classe est de 1 mark. Le prix de pension payé par les pensionnaires est fixé après une entente entre la direction et la famille. L'Etat fournit à la clinique une subvention annuelle de 77.000 francs.

La clinique évacue ses malades dans les asiles de Heppenheim et Hofheim. Il n'y a pas de durée maxima fixée pour le séjour des aliénés ; on ne tient compte que des exigences de l'enseignement. Dans certains cas, des malades transférés dans les asiles peuvent être ramenés de nouveau à la clinique, avec l'autorisation de la famille ; cette faculté est importante au point de vue de l'étude de l'évolution des psychoses.

Les sujets de nationalité hessoise mis en liberté peuvent être réintégrés sans formalités pendant une période de trois mois à partir du jour de leur sortie. Celle-ci ne devient, en effet, définitive qu'après l'expiration de ce laps de temps.

La policlinique. — La « policlinique pour les maladies nerveuses psychiques » (*Poliklinik für Psychisch-Nervöse*) a un double but à remplir au point de vue de l'enseignement et du traitement des troubles psychiques ne nécessitant pas l'internement et pouvant être suivis dans une consultation externe. Dans la seconde année de son ouverture, la policlinique a traité 105 malades, parmi lesquels 48 nerveux, 37 sujets atteints d'affections organiques du système nerveux et 20 aliénés.

Statistique. — La clinique de Giessen, ouverte le 25 février 1896, a admis dans le cours de la première année de son fonctionnement 184 malades (hommes, 79; femmes, 105); le chiffre de sa population à l'expiration de la première année était de 51, ce qui donne 133 malades sortis se répartissant ainsi :

a. Améliorés ou guéris.	59	(23 h. 36 f.)
b. Non guéris.	44	(17 h. 26 f.)
c. Sortis après rapport médical.	12	(10 h. 2 f.)
d. Décès	18	(9 h. 9 f.)

Dans le cours de la seconde année, le nombre des sorties a été de 161, dont 71 par guérison ou amélioration.

Ces chiffres montrent : 1° qu'une proportion élevée de psychoses de durée courte sont traitées avec succès à la clinique;

2° qu'un certain nombre de malades chroniques peuvent être mis en liberté après l'amélioration d'un accès passager d'excitation; 3° que la clinique est fréquemment appelée à fournir des rapports sur la demande de la justice, des sociétés d'assurances contre la maladie, la vieillesse, etc.; 4° que le nombre de décès est relativement élevé (paralysie générale, complications organiques).

La population de la clinique s'élevait, au 1er janvier 1898, à 56 malades (26 hommes et 30 femmes). Le nombre des admissions, en 1897, avait été de 134 (76 hommes, 78 femmes).

La proportion des malades nécessitant une surveillance continue (malades à idées de suicide, malpropres, agités, isolés), s'est élevée, pour les hommes, aux 3/4, et pour les femmes, aux 2/3 de la population.

Les sujets admis peuvent être classés ainsi au point de vue de la nature de leur affection :

I. Maladies organiques du cerveau	18	(h. 8 f. 10)
II. Maladies mentales par intoxication ou auto-intoxication	15	(h. 10 f. 5)
III. Troubles psychiques dus à des maladies infectieuses	4	(h. 2 f. 2)
IV. Folie épileptique	23	(h. 16 f. 7)
V. Psychoses fonctionnelles	112	

Les heures des *leçons cliniques* sont commodes : lundi et mercredi, de 10 à 11 heures; samedi, de 8 à 9 heures. La clinique est de plus en plus fréquentée par les étudiants : 29 auditeurs dans le semestre d'hiver 1897-98. Le nombre des malades présentés aux élèves est en moyenne de 1 par leçon, soit de 32 à 41 par semestre.

Un certain nombre de conférences sont consacrées à des séances de projection, à des notions sur le développement de l'assistance des aliénés (collection de plans d'asiles). De plus, les élèves sont admis à visiter les établissements d'aliénés et d'idiots du Grand-Duché, où ils assistent à des démonstrations cliniques.

Un cours de « psychologie criminelle », avec applications médico-légales, a lieu une fois par semaine.

Dans le Grand-Duché de Hesse, il y a, chaque année, depuis 1898, un cours de perfectionnement à l'usage des médecins fonctionnaires (médecins experts).

Ces leçons, faites à l'Université de Giessen, durent de 12 à 14 jours. Un roulement est organisé, de façon que chaque médecin puisse suivre ces cours tous les trois ans. Chacun d'eux reçoit une indemnité de 10 marks par jour; ses frais de voyage lui sont remboursés.

En 1899, il y eut trois séries de cours, faits par les professeurs de l'Université sur les matières suivantes : 1° hygiène; 2° ana-

tomie pathologique et médecine légale; 3° psychiatrie. Ajoutons des visites dans des établissements intéressant l'hygiéniste.

Nous ne parlerons que du *cours de psychiatrie*, fait en 12 leçons par le professeur Sommer. M. Sommer, après une vue d'ensemble sur les divers troubles psychiques, a étudié en premier lieu les psychoses organiques (paralysie générale, tumeurs cérébrales, artério-sclérose, etc.), à l'aide de démonstrations cliniques et de préparations anatomiques.

Il a insisté sur l'idiotie au point de vue de la pathogénie et du traitement et sur les mesures d'assistance que réclament les arriérés. Le professeur étudia ensuite le chapitre de l'épilepsie au point de vue du diagnostic et de la médecine légale. A propos des psychoses fonctionnelles, Sommer a insisté sur les formes peu connues des praticiens (démence paranoïde, catatonie, etc.) et surtout sur leurs symptômes précurseurs, sur leur traitement.

Dans la seconde semaine, eurent lieu des conférence avant tout cliniques : présentation de malades atteints de psychoses simples, interrogatoire des auditeurs. Le cours s'est terminé par une leçon sur les applications pratiques de la psychatrie, sur l'organisation des asiles et par une visite de la clinique.

Laboratoires. — La création de laboratoires de psychopathologie a été inspirée par le désir d'appliquer à l'étude des troubles psychiques la méthode expérimentale et de combler ainsi les lacunes de l'examen clinique des faits par l'observation. On a voulu faire bénéficier la psychopathologie des méthodes qui ont donné en biologie et en médecine d'heureux résultats, et ajouter aux données fournies par une observation consciencieuse et par l'enregistrement des manifestations dues aux processus internes ou provoquées par des interventions externes, les mesures précises des réactions consécutives à des excitations déterminées. On se proposait de recueillir ainsi un grand nombre de documents comparables entre eux. Mais deux conditions devaient être remplies préalablement : la détermination des mesures ne devait en aucun cas dépendre de l'appréciation subjective de l'expérimentateur — afin que les résultats fussent comparables entre eux — et d'autre part les excitations devaient être aussi simples que possible, afin de pouvoir y soumettre le plus grand nombre des malades.

Le professeur R. Sommer, dans son *Traité des méthodes d'examen psychopathologique* (1899), a non seulement bien exposé les méthodes qu'il emploie pour analyser, mesurer et reproduire les diverses manifestations des troubles cérébraux, mais il en a montré les utiles résultats au point de vue du diagnostic et du pronostic dans certains cas douteux. Son livre est divisé en quatre parties. La première est consacrée à la *représentation des*

manifestations optiques à l'aide de la photographie, des photographies stéréoscopiques, du cinématographe, de la représentation schématique des attitudes et des mouvements expérimentalement réalisés (mouvements passifs, mouvements ou attitudes suggérés au malade à l'aide de leur exécution par l'expérimentateur). M. Sommer a fait une série d'essais, en combinant le cinématographe avec le stéréoscope.

Nous avons pu nous convaincre, avec M. le Dr Ladame, de l'importance des portraits stéréoscopiques pour la démonstration de la physionomie particulière des aliénés dans les diverses psychoses, et suivant les moments d'excitation, de dépression ou d'hallucination par lesquels ils passent. Le stéréoscope met bien en relief les traits pathologiques de l'image. La clinique de Giessen possède déjà un grand nombre de ces images très utiles pour l'enseignement. « La méthode stéréoscopique, dit M. Ladame, est excellente ; surtout pour l'étude des anomalies morphologiques qu'elle fait ressortir avec force. » L'auteur en donne des exemples avec deux portraits stéréoscopiques, dont l'un représente un aliéné pendant un accès de manie périodique et l'autre un imbécile avec de nombreux stigmates de dégénérescence, photographié pendant une période d'excitation mentale [1].

La deuxième partie traite de l'*application de la méthode graphique aux manifestations du mouvement :* influence du cerveau sur le phénomène du genou et les réflexes pupillaires, signification des mouvements d'expression des mains et des jambes, modifications diverses des réflexes patellaires mises en évidence à l'aide de l'appareil inventé par M. Sommer, le *Reflexmultiplicator*, résultats obtenus à l'aide de l'appareil pour l'analyse des mouvements involontaires des doigts dans les trois dimensions de l'espace. M. Sommer est arrivé à analyser dans leurs divers éléments les tremblements alcooliques, neurasthéniques, celui de la paralysie agitante et d'autres maladies nerveuses. Son appareil lui permet aussi de faire une étude complète des mouvements inconscients et volontaires qui ont tant d'importance pour la psychologie expérimentale.

Dans la troisième partie, *Représentation des manifestations acoustiques*, il est surtout question des avantages des documents fournis par le phonographe et des procédés les meilleurs à employer.

« L'emploi du phonographe pour fixer les extériorisations verbales ou vocales de l'aliéné rend aussi, dit M. Ladame, des services appréciés à la clinique de Giessen. On peut ainsi reproduire

[1] *Kurze Mittheilung über stereoscopische Portrat-Aufnamen bei Geisteskranken*, von Prof. Sommer, in Giessen. Internationale photographische Monatschrift für Medicin. Baud IV, août 1897, p. 113.

à volonté avec toutes les nuances des intonations différentes. des modifications du rythme, les paroles et les cris d'un aliéné en délire. Non seulement on peut par ce moyen étudier en tout temps les particularités d'un délire dont l'expression rapide et fugace, souvent confuse, a pu échapper à l'observation; mais on peut aussi le reproduire à volonté, devant une salle remplie d'auditeurs, suivant les besoins de l'enseignement. » M. Sommer a adapté, dans ce but, à son phonographe, de vastes porte-voix.

La quatrième partie du *Traité*, la plus importante, est consacrée aux méthodes d'*examen des manifestations psychiques*.

Les documents photographiques et phonographiques ne peuvent être recueillis dans tous les cas; il en est de même des données fournies par les appareils de M. Sommer pour l'étude des réflexes et des mouvements d'expression. Par contre, les méthodes étudiées dans la quatrième partie peuvent être utilisées chez tous les malades : telles sont les recherches sur l'orientation, les connaissances élémentaires des écoliers, le calcul, les associations. Elles ne nécessitent que des questionnaires spéciaux, tels que ceux élaborés par M. Sommer, et un chronomètre dont une aiguille spéciale, mise en marche au moment de l'excitation, peut être arrêtée au moment de la réaction.

Voici quelques exemples des questionnaires divers qui sont remplis sous la dictée des malades.

Questionnaire concernant l'orientation et les hallucinations.

NOM : DATE : HEURE :

1. Comment vous nommez-vous ?
2. Qui êtes-vous ?
3. Quel âge avez-vous ?
4. Où habitez-vous ?
5. En quelle année sommes-nous ?
6. En quel mois sommes-nous ?
7. Quel est le quantième du mois ?
8. Quel jour de la semaine sommes-nous ?
9. Depuis quand êtes-vous ici ?
10. Dans quelle ville êtes-vous ?
11. Dans quelle maison êtes-vous ?
12. Qui vous a conduit ici ?
13. Quelles sont les personnes de votre entourage ?
14. Où étiez-vous il y a huit jours ?
15. Où étiez-vous il y a un mois ?
16. Où étiez-vous à Noël précédent ?
17. Etes-vous triste ?
18. Etes-vous malade ?
19. Etes-vous persécuté ?
20. Se moque-t-on de vous ?
21. Entendez-vous des voix injurieuses ?

22. Avez-vous des visions effrayantes?
Qui suis-je?
Pourquoi vous ai-je posé toutes ces questions ?

Schéma pour l'examen des connaissances primaires.

NOM : DATE : HEURE :

1. Alphabet :
2. Série de chiffres :
3. Noms des mois :
4. Jours de la semaine :
5. Chant patriotique :
6. *Pater Noster :*
7. Le Décalogue :
8. Noms des plus grands fleuves d'Allemagne :
9. Comment se nomme la capitale :
   de l'Allemagne ?
   de la Prusse ?
   de la Saxe ?
   de la Bavière ?
   du Wurttemberg ?
   de la Hesse ?
10. Qui a dirigé la guerre de 1870 ?
11. Qui a dirigé la guerre de 1866 ?
12. Comment se nomme le Grand-Duc de Hesse ?
13. Comment se nomme l'Empereur d'Allemagne actuel ?
14. Quand est mort l'Empereur Guillaume Ier ?

Epreuve de la parole.

NOM : DATE : HEURE :

I. *Alphabet :* a, v, g, l, f, n, z.
II. *Série de lettres :* a-s-p-c-t-r.
III. *Série de chiffres :* 7-3-9-5-2-6.
IV. *Mots d'une syllabe :* pain, vin, pied.
V. *Série de mots d'une syllabe :* pain-pied-vin.
VI. *Mots de deux syllabes :* dollar, diable, livre.
VII. *Mots de plusieurs syllabes ;* Exemples :
VIII. *Mots polysyllabiques et mots composés* . Exemples :

M. Sommer utilise aussi un *schéma arithmétique*, qui ne permet pas seulement d'étudier une faculté déterminée, le savoir en calcul, mais qui peut donner la solution des questions suivantes :

1° Le malade a-t-il reçu une instruction scolaire?

2° Est-il atteint d'imbécillité congénitale?

3° Présente-t-il du ralentissement dans le cours des processus psychiques?

4° Observe-t-on des phénomènes d'automatisme?

5° L'affection dont il est atteint est-elle continue ou intermittente?

Schéma pour le calcul.

NOM : DATE : HEURE :

CALCUL DE TÊTE				CALCUL ÉCRIT			
Question.	Réponse.	Temps.	Observations.	Question.	Réponse.	Temps.	Observations.
1 × 3 =				3 — 1 =			
2 × 4 =				8 — 3 =			
3 × 5 =				13 — 5 =			
4 × 6 =				18 — 7 =			
5 × 7 =				32 — 9 =			
6 × 8 =				36 — 11 =			
7 × 9 =				38 — 17 =			
8 × 10 =				48 — 19 =			
9 × 11 =				56 — 28 =			
12 × 11 =				43 — 17 =			
2 + 2 =				6 — 2 =			
3 + 4 =				8 : 4 =			
4 + 6 =				15 : 3 =			
5 + 8 =				12 : 2 =			
8 + 14 =				18 : 2 =			
11 + 20 =				28 : 7 =			
14 + 26 =				81 : 3 =			
17 + 32 =				126 : 6 =			
20 + 38 =				192 : 4 =			
23 + 44 =				369 : 9 =			
$x - 3 = 14$ $x =$							
$x + 5 = 11$ $x =$							
$x + 7 = 63$ $x =$							
$x + 9 = 5$ $x =$							

Nous reproduisons ci-dessous les paragraphes les plus intéressants du *Règlement sur l'admission et la sortie des malades à la clinique psychiatrique de Giessen, du 14 janvier* 1896.

I. *Destination de l'établissement.* — § 1er. La clinique psychiatrique a pour but le traitement et l'assistance des aliénés des deux sexes ainsi que l'enseignement de la psychiatrie.

A la clinique psychiatrique est annexée une clinique externe pour les nerveux atteints de troubles psychiques.

II. *Admission des malades.* — § 2. La clinique est destinée en premier lieu à recevoir les Hessois, et, parmi les non-Hessois, ceux qui doivent être traités aux frais de l'assistance publique de Hesse.

Cependant peuvent être admis, en tant que leur admission n'aura pas pour résultat d'empêcher de recevoir les Hessois, des malades non Hessois ne faisant pas partie de la catégorie ci-dessus, si leur cas présente de l'intérêt au point de vue de l'enseignement.

§ 3. L'admission est faite par le directeur de la clinique, qui peut refuser d'admettre les cas ne présentant pas d'intérêt au point de vue de la science et de l'enseignement.

§ 4. Une demande d'admission écrite doit être adressée au directeur par le représentant du malade, (parent le plus proche, tuteur, représentant de l'assistance publique) ou par le président d'une société de secours mutuels, d'une société d'assurance contre la vieillesse et les infirmités, par l'autorité militaire, le directeur d'une clinique. La demande d'admission peut être faite par le malade lui-même.

§ 5. A la demande d'admission doivent être jointes les pièces suivantes :

a. Un rapport sur la maladie, rédigé d'après un questionnaire par le médecin du cercle.

b. Un certificat du maire fournissant les renseignements sur l'état civil, le domicile, le domicile de secours, la profession, la religion, l'âge (avec la date de la naissance), la situation de famille, les ressources du malade. Il est fait mention du nom de la personne à qui, au point de vue légal, peuvent être réclamés les frais de séjour.

c. Un certificat du maire constatant l'existence de troubles psychiques et relatant les faits qui motivent cette opinion. S'il s'agit d'un sujet dangereux pour la sécurité publique, le maire transmettra les témoignages qu'il aura recueillis touchant les faits tendant à établir les dangers que le malade aurait présentés pour la sécurité publique.

§ 6. Dans les cas urgents un malade pourra être admis provisoirement par le Directeur sur la présentation d'une demande d'admission. Les formalités prescrites par le paragraphe 5 devront alors être remplies dans un laps de quatorze jours.

En cas d'admission provisoire d'un malade relevant de l'assistance publique, ou faisant partie d'une Société de secours mutuels, etc., on exigera de la personne qui signe la demande d'admission une obligation par laquelle celle-ci s'éngage à payer les frais de séjour.

Le paragraphe 7 fixe les conditions des frais de séjour, variables suivant les cas.

§ 8. Il n'y a pas d'admissions gratuites, sauf pour les dix lits qui sont à la disposition du Directeur.

Les § 9, 10, 11, 12, 13 ont trait à la question du payement des frais de séjour.

§ 14. Les *placements d'office* ont lieu à la clinique : 1° par arrêté de l'autorité policière : malades dangereux pour eux-mêmes ou pour la sécurité publique.

2° par ordonnance de l'autorité judiciaire : inculpés à mettre en observation.

3° par demande de l'administration pénitentiaire : détenus devenus aliénés.

III. *Transfert des malades à la clinique.* — § 16. Il est interdit aux agents de police qui accompagnent un malade d'être en uniforme.

§ 17. Les frais du transport des malades à la clinique incombent à la personne qui est responsable du paiement des frais de séjour.

§ 18. Les malades conduits à la clinique doivent toujours être accompagnés par une personne capable de fournir tous renseignements pouvant être demandés par la clinique dans l'intérêt du malade.

Les paragraphes 19, 20, 21 fournissent des indications concernant le trousseau à fournir par les malades, l'entretien du trousseau.

IV. *Sorties de la clinique.* — § 22. La sortie des malades, sauf les cas prévus par le paragraphe 29, est ordonnée par le Direcleur. Peuvent être mis en liberté non seulement les sujets guéris ou améliorés, mais encore les malades non améliorés, devenus inoffensifs et n'ayant plus besoin d'être traités dans un établissement spécial.

§ 23. La sortie des sujets Hessois est toujours une sortie *provisoire*, dans les cas où le malade est mis en liberté et rentre dans le milieu où il vivait antérieurement. Pendant un laps de temps de trois mois, à dater du jour de sa sortie, le malade peut, en cas d'aggravation, être réintégré à la clinique, après avis donné au Directeur.

§ 24. Après l'expiration du trimestre qui suit la sortie, celle-ci devient définitive et le malade ne peut être placé de nouveau qu'après l'exécution des formalités prescrites pour la première admission.

§ 25. Le Directeur de la clinique, lorsqu'il a décidé la sortie d'un malade, prévient son correspondant afin que celui-ci vienne le chercher. Si ce correspondant n'est pas venu dans un délai de quatorze jours et s'il ne fait pas valoir des raisons sérieuses contre la mise en liberté, le malade est conduit à son domicile aux frais du correspondant.

§ 26. La sortie des malades non-Hessois est toujours définitive.

§ 27. Les malades qui ne peuvent être conservés à la clinique par suite de l'encombrement ou pour des considérations ayant trait aux nécessités de l'enseignement, sont transférés dans les asiles d'aliénés du Grand-Duché, lorsque leur état exige encore des soins spéciaux.

Le correspondant du malade est alors avisé afin qu'il puisse donner son consentement.

§ 29. Dans les cas où le représentant d'un malade déclarerait s'opposer au transfert, le ministre de l'Intérieur et de la Justice décidera. De

même lorsque la sortie, réclamée par le représentant du malade, serait refusée par le Directeur de la clinique dans l'intérêt du patient ou de la sécurité publique.

§ 30. La sortie d'un malade peut être prononcée d'une façon *définitive* et non provisoire par le ministre: 1° lorsque toute chance de rechute doit être écartée ; 2° sur la demande du représentant du malade ou sur la propre requête de ce dernier lorsqu'il est complètement rétabli.

Terminons par quelques renseignements statistiques sur l'organisation du service des aliénés dans le Grand-Duché de Hesse, dont la population était, il y a quelques années, (1898) de 1.039.020 habitants. Le nombre des asiles publics, sans compter la clinique de Giessen, est de trois :

Asile de Hofheim, 863 malades ;

Asile de Heppenheim, 436 malades ;

Asile de Darmstadt (pour idiots), 142 malades.

Le nombre total des malades est de 1497 (762 hommes, 735 femmes), avec 19 médecins (1er janvier 1898).

La création de deux nouveaux asiles d'aliénés est à l'étude : l'un serait édifié près de Mayence, l'autre dans le voisinage de Giessen. Le Grand-Duché, dont la population actuellement dépasse 1.200.000 habitants, possédera alors une clinique psychiatrique, quatre asiles d'aliénés, un établissement d'idiots.

On compte trois admissions pour 10.000 habitants.

Dans le budget du Grand-Duché (1901-1902), on a prévu un crédit de 132.000 marks pour l'agrandissement de l'asile de Heppenheim et une somme de 150.000 marks pour l'achat du terrain destiné à la construction du troisième asile d'aliénés. Cet asile sera situé à proximité de la clinique de Giessen dans le but de faciliter le transfert des malades de ce dernier établissement et aussi pour combler une lacune dans l'enseignement psychiatrique. On pourra, en effet, présenter aux étudiants des sujets atteints de maladies mentales *chroniques* et non pas seulement des cas aigus; les élèves feront ainsi connaissance avec l'*évolution* et la *terminaison* des psychoses, avec les cas intéressants au point de vue des questions ayant trait au Code civil et au Code pénal. Il y aura un quartier spécial pour les aliénés criminels [1].

Il importe de faire remarquer, en terminant, quels sacrifices considérables font les universités allemandes en faveur de leurs

[1] Nous avons fait de larges emprunts à l'intéressante monographie de M. le professeur A. Dannemann, médecin en chef à la clinique, *Die psychiatrische Klinik zu Giessen*. Karger, Berlin, 1899. Qu'il nous soit permis d'adresser à M. le professeur Dannemann nos sincères remerciements pour son accueil très courtois et l'obligeance avec laquelle il a bien voulu nous renseigner.

cliniques de psychiatrie. L'Université de Giessen est une des moins fréquentées d'Allemagne (149 étudiants en médecine); elle est située dans un petit Etat, le Grand-Duché de Hesse, dont la population ne dépasse guère 1 million d'habitants et dans une ville elle-même peu importante (20000 habitants); cependant, on n'a pas reculé devant l'énorme dépense de plus d'un million pour créer une clinique psychiatrique modèle. On ne peut que déplorer de voir nos universités provinciales si peu disposées à suivre cet exemple. Depuis l'année 1878, dix cliniques psychiatriques autonomes ont été fondées dans autant d'universités allemandes. En France nous ne pouvons signaler que la création de la clinique des maladies mentales de Paris (1879).

RECUEIL DE FAITS.

Sur un cas de rachitisme congénital avec nanisme, chez un enfant arriéré;

PAR LES DOCTEURS

S. GARNIER, Médecin en chef directeur et A. SANTENOISE, Médecin-adjoint de l'asile de Dijon.

Le nommé F... (Paul-Eugène), né à St-S... en B... (Côte-d'Or), le 23 mars 1891, est entré à l'asile le 13 décembre 1898.

Cet enfant, âgé aujourd'hui de dix ans, appartient à une famille de 8 enfants dont voici les dates de naissance : 1° Angèle-Marie, née le 19 juillet 1884; 2° Blanche-Marie, née le 18 septembre 1885; 3° Gustave-Marius. né le 3 octobre 1887; 4° Paul-Eugène, né le 23 mars 1891; 5° Valentin, né le 20 février 1892, mort le lendemain; 6° Marie, née le 31 août 1893; 7° Joséphine et 8° Aurélie, nées le 1er juillet 1895.

Tous ces enfants sont aujourd'hui encore vivants et bien portants, sauf Valentin qui est décédé le lendemain de sa naissance avec des phénomènes convulsifs. Il était d'ailleurs infirme, sans que nous puissions préciser la nature de son infirmité. On ne peut trouver chez les parents aucun degré de consanguinité : ni syphilis ni hérédité nerveuse ou mentale. D'ailleurs, les ascendants, parfaitement connus de l'un de nous. ont été indemnes de toutes tares et sont parvenus à un âge avancé. Le grand-père maternel, aujour-

d'hui âgé de quatre-vingt-cinq ans est encore très valide pour son âge; la grand'mère maternelle est morte il y a deux ans environ, âgée de soixante-dix-neuf ans. Quant aux grands parents paternels, ils sont vivants tous deux et relativement bien portants, sauf la mère qui commence à verser dans la démence sénile. Les parents de notre sujet sont morts, savoir : la mère, le 23 décembre 1895 par suite de fièvre typhoïde, et le père le 26 février 1901, emporté par une pneumonie en quelques jours. Toutefois mentionnons que celui-ci était porteur d'un léger strabisme interne de l'œil droit, qu'il avait eu un frère mort phtisique à vingt et un ans, qu'il a fait un peu d'abus de boissons, mais principalement les dernières années de sa vie, et a eu une sorte d'accès d'alcoolisme aigu deux ans avant sa mort. Il a été soldat à Tours pendant quatre ans et s'est marié en rentrant du service, n'ayant jamais eu la syphilis.

De concert avec sa femme qui s'occupait principalement du ménage et du soin des enfants, il cultivait une petite propriété louée à prix d'argent, Sur les 8 enfants qui sont nés du mariage des époux F.,., on remarquera, en consultant leurs dates de naissance, que trois vinrent au monde successivement en 1884, 1885, 1887; qu'il y eut ensuite un intervalle de trois ans entre la naissance du troisième et celle du quatrième dont nous avons à nous occuper; qu'enfin le 5e, le 6e, le 7e et le 8e sont nés de deux ans en deux ans. Pendant qu'elle le portait dans son sein, la mère du jeune Gustave n'a pas été malade, la grossesse a été tout à fait normale, mais l'enfant venu à terme était déjà déformé. Lors de l'accouchement, le placenta a paru normal; l'enfant a un peu dépéri après sa naissance, a pu néanmoins prendre le sein et a été allaité pendant un an. D'après le père son enfant aurait dit papa et maman aussitôt que ses autres frères et sœurs. Laissant de côté tout ce qui a trait à la mentalité de l'enfant, nous abordons immédiatement son examen somatique.

Gustave se tient constamment à l'état de veille, dans la situation indiquée par la photographie n° 1, c'est-à-dire accroupi à la façon des tailleurs et des arabes, les membres inférieurs croisés l'un sur l'autre en avant. Comme il lui est impossible d'utiliser ses membres inférieurs, on comprend qu'il lui soit impossible de se tenir debout. Toutefois il est capable de certains mouvements des membres supérieurs et peut mettre sa chemise, son veston, lorsqu'on les lui procure. Il s'alimente seul de la même manière, et depuis quelque temps on a pu parvenir à lui apprendre à coudre.

A l'aide des membres supérieurs, il exécute des mouvements anormaux qui lui permettent de faire le salut militaire, ainsi que l'indique la photographie n° 2.

Dépouillé de tous ses vêtements, il offre l'aspect classique du rachitisme au dernier degré. La tête est comparable à celle d'un

hydrocéphale, c'est-à-dire présente un crâne volumineux surmontant une face amaigrie dont le squelette peu développé fait ressortir encore l'exagération du crâne par rapport à la face. Le crâne est aplati de telle sorte que le diamètre transversal est augmenté; le frontal et l'occipital ont perdu leur convexité par suite de cet aplatissement. La circonférence cranienne est de 53 centimètres. Le cou est petit et la tête enfoncée dans les épaules fait reposer le menton sur le sternum.

A la partie postérieure du tronc, la colonne vertébrale n'est pas déviée, tout en présentant un certain degré de cyphose et de scoliose à droite. En avant le thorax est beaucoup plus déformé et fait une saillie globuleuse (thorax de polichinelle). Le tour de la poitrine au niveau des deux mamelons est de 63 centimètres. La respiration étant surtout abdominale, la circonférence thoracique reste à peu près la même, soit à l'expiration, soit à l'inspiration. A partir de la 7e côte, le thorax, très rétréci, va en s'élargissant de plus en plus, de façon à figurer un auvent à sa base, en s'appuyant sur les viscères abdominaux.

L'abdomen est volumineux; sa plus grande circonférence est de 65 centimetres; son aspect est celui d'un ventre de grenouille.

Aux membres supérieurs, la déformation rachitique porte principalement sur l'humérus de chaque côté. Cet os se trouve incurvé, aminci et aplati en lame de sabre à la partie moyenne pour retrouver en partie aux épiphyses sa forme cylindrique. Les articulations scapulo-humérales, très lâches, permettent la rotation complète de l'humérus sur lui-même, comme l'a indiqué la position de la photographie n° 2. L'enfant ne peut étendre les bras, ce qui a pour effet de diminuer l'envergure qui est de 73 centimètres seulement. La longueur du bras est de 15 centimètres, égale à celle de l'avant-bras; ce dernier n'offre rien de saillant qu'un peu d'atrophie. Quant aux déformations du bassin, il est impossible de les décrire avec précision.

Du côté des *membres inférieurs*, les lésions sont très accentuées et il y a lieu de les décrire séparément pour chaque membre. Au membre inférieur droit, le fémur est incurvé de façon à offrir une convexité postérieure (le malade étant supposé debout). La diaphyse de l'os est aplatie en lame sur toute l'étendue de la convexité; l'épiphyse inférieure est hypertrophiée. L'articulation du genou est tout à fait déformée et la rotule très rudimentaire peut être assimilée à un os sésamoïde. Le tibia présentant une convexité antérieure est aussi aplati en lame. Le péroné dont on sent la tête parait suivre la courbure du tibia. Le pied ne semble pas déformé, mais il est plus petit que celui d'un enfant du même âge; il est doué d'une très grande mobilité des orteils et par suite l'enfant ayant pour ainsi dire le pied préhensible peut ramasser à terre assez facilement un petit objet quelconque.

Fig. 1 et 2.

Fig. 3.

Au membre inférieur gauche, contrairement à ce qui se passe du côté droit, le fémur est incurvé de façon à présenter une convexité antérieure. Il est moins aplati que son congénère du côté opposé. L'épiphyse inférieure est également hypertrophiée. Quant

au tibia, l'incurvation étant moins accentuée qu'à droite il est d'autant plus long, mais aplati.

Quand l'enfant croise ses jambes, il place toujours la jambe droite sur la jambe gauche, par la raison, sans doute, que les déformations, dans cette position, s'adaptent mieux ensemble. Cette adaptation nous semble résulter de la position intra-utérine prise par l'enfant. Le pied gauche a le même caractère que le pied droit. La hauteur totale du corps dans l'extension la plus complète possible (la jambe gauche étendue) est de 81 centimètres et son poids de 11 kg. 400 gr. alors que le poids d'un enfant de son âge est de 26 kg. 13.

Les organes génitaux participent de la petitesse du développement; on perçoit deux testicules de la grosseur d'un pois; la verge est normale, mais un peu atrophiée.

Au point de vue du développement psychique, l'enfant a le langage articulé, possède un vocabulaire assez complet, a quelques idées simples, des sentiments affectifs, pas de mauvais instincts. Il est propre et demande à faire ses besoins.

Réflexions. — Il s'agit évidemment dans cette observation d'un exemple de rachitisme grave et plus spécialement de rachitisme intra-utérin, car l'enfant, comme nous l'avons relaté, est venu au monde déjà déformé, mais paraissait avoir la taille et le poids d'un enfant nouveau-né ordinaire. On comprend que son accroissement ultérieur ait été singulièrement entravé par les lésions existantes du système osseux, et que par conséquent le nanisme actuel en ait été la conséquence naturelle. Les nains en général sont de taille normale en venant au monde et l'accroissement de leur taille ne subit de ralentissement qu'au bout de quelques mois. Dans notre cas, le nanisme paraît différer du nanisme ordinaire, dont la cause échappe la plupart du temps, en ce qu'il résulte manifestement du rachitisme lui-même. Mais il reste à interpréter ce rachitisme.

On sait que les cas de rachitisme intra-utérins sont peu fréquents et au surplus ceux qui sont cités sont d'autant moins nombreux que « presque toujours les enfants qui naissent rachitiques ne vivent pas longtemps » (Guinard, *Précis de Tératologie*, p. 137, Paris, J.-B. Baillère, 1873).

Pendant longtemps, l'existence elle-même du rachitisme intra-utérin a été mise en doute, et les lésions inscrites au compte d'arrêts de développement, mais il nous semble que notre observation est singulièrement démonstrative de la

nature rachitique des déformations décrites chez notre sujet. Toutefois la cause en reste plus qu'obscure, malgré nos recherches pour en dégager les facteurs possibles étiologiques.

Du côté paternel, il n'y a eu aucun cas de rachitisme, ni chez les ascendants, ni chez les collatéraux; même situation négative du côté de la mère. Sur les 8 enfants issus des époux F... (dont la famille est très connue de l'un de nous comme nous l'avons dit), notre malade est le seul atteint de rachitisme, et ce qui ajoute encore à la difficulté d'interprétation pathogénique du cas, c'est qu'il se trouve intercalé par son rang de naissance entre deux séries de produits normaux. L'hérédité semble donc hors de cause dans l'espèce.

Quant aux conditions mêmes de la conception, elles semblent à leur tour négatives, le père ayant nié formellement avoir été, soit en état d'ivresse, soit en état pathologique quelconque à l'époque de la fécondation. Tout au plus pourrait-on relever qu'à l'époque où se place la conception du malade, c'est-à-dire en juin, le père pouvait être surmené par les travaux de la fenaison qui exige un labeur considérable; mais nous avons appris qu'à ce moment le père n'avait aucun surmenage. Quant à la mère, elle ne pouvait non plus avoir été épuisée par des grossesses antérieures puisque précisément son dernier accouchement remontait au 3 octobre 1887. Pendant le temps de sa grossesse, sa santé générale avait été très bonne et aucun accident (traumatisme, maladies infectieuses) n'était venu influencer le produit.

En résumé, on voit qu'il est impossible d'incriminer, au point de vue étiologique, aucune cause rationnelle apparente de ce rachitisme, ce qui ajoute encore à l'intérêt qu'il présente.

Nota. — Les photographies du sujet ont été exécutées par M. Guillot, étudiant de l'école de médecine de Dijon que nous remercions ici de son gracieux concours.

Nouveau journal. — Nous venons de recevoir le premier numéro des Annales antialcooliques, *journal mensuel de vulgarisation et d'études*, publié sous la direction de M. le Dr Legrain. Bureaux : 12, rue de Condé, Paris. Abonnement : France, 3 fr.; Union postale, 3 fr. 50. Nous souhaitons la bienvenue à notre nouveau confrère.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE

Idiotie profonde avec nanisme et infantilisme : Amélioration considérable ;

PAR BOURNEVILLE.

En dehors des petites notices qui figurent dans la première partie des *Comptes rendus annuels* de notre service, des communications que nous faisons de temps en temps aux *Congrès des aliénistes et neurologistes* et de deux thèses[1], nous n'avons publié que rarement, à tort, les observations *complètes* des enfants idiots améliorés ou guéris. L'observation que nous allons relater, choisie entre beaucoup d'autres, dans laquelle on suit année par année les progrès de l'enfant, montrera à nos lecteurs que même dans les cas les plus graves on obtient de très sérieux résultats.

SOMMAIRE. — *Enfant naturel. — Père, rien à noter. — Renseignements nuls sur sa famille. — Mère eczémateuse, pas d'accidents nerveux. — Grand-père maternel mort de paralysie du cerveau. — Grand'mère maternelle, alcoolique, morte d'une congestion cérébrale. — Deux cousins germains morts de convulsions. — Sœur, convulsions de l'enfance.*

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de douze ans.

Conception, grossesse, accouchement, naissance, rien de particulier. — Normal jusqu'à neuf mois. — Convulsions répétées de neuf mois à trois ans. — Marche à deux ans et demi. — Parole nulle. — Gâtisme. — Intelligence nulle.

1890 : *Teigne.* — 1891 : *rougeole.* — 1892 : *persistance de la teigne ; diarrhée.*

1893 : *Guérison de la teigne. — Rumination. — Début de l'amélioration, préhension plus sûre, attention plus fixable. — Caractère toujours sournois.*

1894 : *Diminution progressive des tics.*

[1] Griffaut. — *Contribution à l'étude du traitement de l'idiotie*, 1896; — Boyer (J.). — *Traitement médico-pédagogique de l'idiotie.*

1895 : *Guérison du gâtisme. — Développement de la parole. — Accès de colère persistants.*

1896 : *Progrès scolaires. — Manies, bizarreries.*

1897-1902 : *Développement progressif de l'intelligence, l'enfant sait lire, écrire, faire les premières règles, etc. — Notions usuelles très étendues. — Parole libre. — Guérison des tics.*

Lem... (Georges), né à Paris le 21 mars 1887, entre à trois ans à l'asile-école de Bicêtre, le 29 avril 1890. *Enfant naturel.*

Antécédents héréditaires. — *Renseignements fournis par la mère le 5 mai* 1890. — Père : quarante-cinq ans, typographe, toujours en bonne santé, non alcoolique. Intelligence ordinaire, travaillait régulièrement, bon ouvrier. Pas de violence vis-à-vis de la mère. Caractère calme. Il a abandonné la mère de ses enfants il y a deux ans, et serait mort, on ne sait de quoi, peu de temps après la séparation. Il n'a eu aucune discussion avec elle et, depuis, la mère ne l'a pas revu. Indifférent vis-à-vis de ses enfants. Pas de migraines. Pas de dartres ou d'affections cutanées. Aucun indice de syphilis. Nul renseignement sur sa famille.

Mère, trente-trois ans, brocheuse. Santé toujours bonne. Femme de taille élevée, physionomie assez intelligente. Pas de convulsions, réglée à quinze ans et demi. A quatorze ans, a eu un eczéma. Pas de migraines, pas de signes de syphilis. Intelligence moyenne.

Famille de la mère. — *Père*, sobre, mort d'une *paralysie au cerveau* (?). — *Mère, alcoolique*, elle buvait de tout et s'enivrait plusieurs fois par semaine, violente, morte d'une *congestion cérébrale* avec aphasie. — Gr.-père maternel, pas de renseignements. — Grand'-mère maternelle, sobre, morte d'une tumeur de l'estomac. — Deux *tantes maternelles* mortes jeunes de la *poitrine.*

Une sœur, en bonne santé ; de ses sept enfants un est mort de *convulsions* ; un autre a eu des *convulsions.* — On ne connait ni aliénés, ni épileptiques, ni arriérés, etc., dans la famille, d'ailleurs limitée.

Pas de consanguinité. 12 ans de différence d'âge entre les parents (père plus âgé).

Quatre *enfants* : 1° Garçon mort du croup à deux ans et demi. Pas de convulsions, intelligent ; — 2° Garçon mort à six mois du choléra infantile. Pas de convulsions ; — 3° Fillette de cinq ans, bien portante, bien développée pour son âge. Intelligence ordinaire. Trois ou quatre *convulsions* à six semaines qui n'ont jamais reparu depuis. Pas d'incontinence nocturne d'urine.

4° **Notre malade.** — A la *conception*, les parents étaient encore bien unis. *Grossesse* normale : pas d'accidents, pas de traumatisme ; pas d'émotions morales, pas de maladies infectieuses. — *Accouchement*

normal, à terme par le sommet. Pas d'asphyxie à la naissance. Nourri au sein pendant trois mois par une nourrice saine ; ensuite a pris le lait au verre. A quatre mois, il se développait bien. Revu par sa mère à huit mois, il était tout à fait normal, époque où il a eu sa première dent : il regardait, gazouillait, jouait, se tenait autour des chaises, en un mot paraissait tout à fait normal.

A neuf mois, début des *convulsions*. Il en a eu 5 en trois jours, l'une d'elles, vue par la mère, aurait duré deux heures. Les membres étaient roides, retournés, la figure était de côté. Il ne pouvait plus *se tenir sur les jambes*. La mère l'a repris et l'a placé à côté de son domicile. Les convulsions le prenaient deux ou trois jours de suite, puis cessaient pendant deux ou trois jours. Elles étaient surtout toniques, étaient égales des deux côtés et duraient trois ou quatre minutes. De deux à trois ans, les convulsions se sont espacées, venant toutes les semaines puis tous les quinze jours. La physionomie était devenue sans expression.

Il a commencé à marcher à deux ans et demi. On a alors remarqué que l'un des pieds (on ne peut dire lequel) était tourné et appuyait sur son bord externe. Cette sorte de pied bot varus n'existait plus à l'entrée à Bicêtre.

Il ne comprend rien. Paraît complètement sourd, au dire de la mère. Il a marché à deux ans et demi. Il n'a jamais dit qu'un mot « maman » et encore il le dit très indistinctement et sans s'adresser à sa mère. Il grimace beaucoup depuis ses premières convulsions, bave, tette sa langue, crie par moments, se jette de côté, se ferait du mal si on ne le surveillait. Il ne reconnait pas sa mère. Il repousse les autres enfants, même sa sœur. — Il ne demande pas à manger, mastique mal, est gâteux. Le développement des jambes ne paraît pas proportionnel à celui des bras. — Pas de vers, d'onanisme, de traumatisme. — La dentition n'a été complète qu'à trois ans.

Pas d'autres maladies infectieuses qu'une rougeole à dix-huit mois, qui aurait été forte (toux et fièvre). A deux ans il aurait eu beaucoup de gourmes à la tête et à la face. On n'aurait pas remarqué de rumination? — Aucun signe de connaissance et d'affection. La mère, à qui il ressemble, dit-elle, attribue l'idiotie aux convulsions.

État actuel (14 mai 1890) (*Fig.* 4). — Enfant blond, lymphatique. Pas d'adipose, d'émaciation ; air de maladie, crie fréquemment, surtout s'il est seul ; quand on est près de lui, il se tait brusquement. — Peau blanche, glabre ; aucune cicatrice de vaccin ; absence complète de poils. Ganglions assez nombreux au cou et dans les plis de l'aine, aucun sous les aisselles. Cheveux implantés régulièrement ; tourbillon postérieur non dévié. Sourcils blonds, régulièrement implantés. Cils longs, châtains.

Tête assez grosse, volumineuse à la partie supérieure. Crâne : forme ovoïde : la partie postérieure est très volumineuse et de beaucoup prédominante sur la partie antérieure ; symétrique en apparence. Bosses frontales très saillantes ; ecchymose au niveau

Fig. 4. — Lem..., (Georges), né à Paris, le 21 mars 1887. Entré le 29 avril 1890. (Photographie prise en mai 1890.)

de la bosse frontale droite. Pas de persistance des fontanelles. — Front élevé (6 centimètres), mais peu large, se confondant rapidement avec les tempes. — Visage oval, arcades sourcilières peu saillantes, pas d'exophthalmie ; paupières normales, fentes palpébrales horizontales. Les yeux sont mobiles en tous les sens. Pas de strabisme, pas de paralysies, pas de nystagmus. Iris bleuâtre ; pupilles symétriques, non déformées, réagissant bien à la lumière

et à l'accommodation. Pas de lésion de la cornée ou de la conjonctive ; pas de larmoiement. L'examen fonctionnel ne peut être fait, l'enfant fermant les yeux constamment d'une part, d'autre part son absence complète d'intelligence, de compréhension empêchant d'avoir des renseignements sur l'acuité visuelle, la notion des couleurs, etc. — *Nez* petit, arrondi, à courbe supérieure et dorsale ; narines étroites, sillon naso-labial assez accentué. L'*odorat* parait exister. — Pommettes peu marquées, régulières, symétriques. — *Bouche* petite, horizontale, lèvres minces, l'inférieure plus volumineuse, mais non éversée. — *Langue* grosse, palais et voile normaux. Amygdales normales. Le *goût* semble exister. — Il y a 8 dents de lait à chaque mâchoire. — L'expression du visage indique que l'enfant fait la différence des saveurs. — *Oreilles* grandes, mais non écartées. Ourlet régulier, ainsi que les autres parties constituantes de l'oreille ; conque large ; *ouie* obtuse, mais existante.

Cou court, circonférence 27 centimètres. Corps thyroïde perceptible.

Thorax assez large, dilaté à la base, potelé comme le reste du corps, pas de saillie des omoplates ni de déviation du rachis. — Battements du cœur réguliers. Rien à l'auscultation des poumons. — *Abdomen* peu volumineux. Rien du côté du foie ou de la rate.

Organes génitaux : bourses petites, rétractées, les deux testicules de la grosseur d'une olive sont dans les bourses. Verge : longueur, 4 centimètres ; circonférence, 3 centimètres. Prépuce long, gland découvrable. Anus normal.

Membres supérieurs réguliers, normaux, cylindriques, potelés, mais peu musclés ; doigts longs, ongles courts.

Membres inférieurs : rien à signaler, pas de déviation osseuse, pas de pied plat. Ongles et orteils courts.

Sensibilité normale à la piqûre, au pincement, à la température. *Réflexes* rotuliens semblant disparus ainsi que les réflexes olécraniens (?) ; réflexe pharyngien normal. Pas de trépidation spinale.

Lem... ne s'aide en rien, sauf qu'il se sert un peu de la cuiller. — Parole nulle. Il mange seul en se servant uniquement de la cuiller. La mastication est bonne, pas de bave, de rumination ni de vomissements. La digestion est bonne. Diarrhée très fréquente. Très turbulent et entêté. Sommeil bon. Ne s'habille, ni ne fait seul sa toilette. — En résumé, *idiotie profonde*.

19 *mai* : Bronchite légère. Guérison le 2 juillet.

29 *juillet* : Corps glabre. Verge courte, longueur 4 centimètres. Circonférence 0,035 ; prépuce court, ne peut être ramené en arrière. Bourses pendantes, testicules égaux, un peu plus gros qu'une olive. Anus normal.

29 *septembre*. — Entre au pavillon d'isolement pour la *teigne*.

4 *octobre*. — Vaccination. Succès complet : six pustules vaccinales.

Pendant toute l'année 1891, l'enfant ne fait aucun progrès. Parole nulle. Gâte la nuit et le jour.

1891. 20 *juin*. — *Rougeole* : éruption discrète qui commence à pâlir. le 22. La température s'abaisse le même jour.

Fig. 5. — Lem... (Georges) en octobre 1892.

26 *juin*. — Il n'y a plus trace de l'éruption, pas de complication. — 3 *juillet* : Guérison complète.

1892. Commence à être un peu propre le jour à partir de septembre. En décembre, va seul aux cabinets. Mange proprement, mais il ne se sert toujours que de la cuiller.

18 *mars*. — Plaque de teigne assez bien délimitée au niveau du tourbillon ; petites plaques disséminées en avant. Traitement : épilation, sublimé, emplâtre de Vigo.

Juillet. — État stationnaire de la teigne. Diarrhée. — *Organes génitaux* : Verge : longueur, 6 cent., circonférence, 5 cent. Phimosis. Le gland n'est pas découvrable. Testicules de la grosseur d'un gros haricot, égaux. Région anale normale.

8 *octobre.* — Éruption pustuleuse disséminée sur toute la surface de la tête. (*Fig.* 5).

Fig. 6. — Lem..., (Georges) en avril 1894.

1893. 16 *juin.* — Amélioration considérable de la teigne, mais il existe encore sur la tête une éruption papulo-pustuleuse. — Même état des organes génitaux.

Août. — Passe à la *petite école.* Il est guéri de la teigne. Il continue à gâter le jour et la nuit. *Il rumine presque continuellement* pendant l'heure qui suit le repas. En classe est toujours souriant et montre de la bonne volonté.

Octobre. — Va seul aux cabinets le jour. La parole est toujours

nulle, mais l'enfant aime beaucoup entendre parler et chanter. Il sourit à tout ce qu'on lui dit et se montre très docile et très attentif à la classe. Il commence à lacer ses souliers et à placer exactement les cartons sur le tableau de couleur, à exécuter les premiers mouvements de gymnastique et saute les deux premiers

Fig. 7. — Lem..., (Georges) en octobre 1895.

degrés de l'escabeau. Caressant, gai, joueur. Pleure très rarement. Pas d'onanisme. Ni voleur, ni gourmand. Tenue générale bonne, soigneux; se regarde quand on lui met une robe propre ou des souliers neufs et son attitude exprime la joie. — Il se balance latéralement, en levant alternativement les pieds et roulant la langue dans la bouche.

1894. 16 *juin*. — Même état des organes génitaux (*Fig.* 6). Parole toujours nulle. Paraît comprendre ce qu'on lui dit. N'est presque

plus du tout gâteux. Le *balancement* a presque disparu. Aujourd'hui il ne lui reste plus guère qu'un clignement de l'œil gauche. Caractère affectueux, aime les caresses, quelques colères sans durée. Mange gloutonnement, ne semble jamais rassassié, *flaire ses aliments*. Place bien les couleurs, distingue les surfaces, un plus grand nombre d'un plus petit. Exécute les premiers mouvements de la gymnastique des échelles.

Décembre. — Essaie de balbutier quelques paroles : «attends, va voir. » Place quelques lettres et quelques chiffres, mais ne les distingue pas. Les *tics* de balancement et de grincement ont beaucoup diminué. Les *cris* ont cessé. Il demande à aller aux cabinets en disant « envie ».

1895. *Juillet.* — Puberté : visage, aisselles, pubis glabres. Verge, longueur, 4 centimètres ; circonférence, 4 cent. 1/2. Testicules dans les bourses, du volume d'un haricot, prépuce recouvrant entièrement le gland ; région anale normale.

Parole améliorée, essaie de répéter les mots, mais avec difficulté. Articulation très défectueuse. Il connaît les lettres, les chiffres, les couleurs. Exécute bien tous les mouvements de petite gymnastique.

Décembre. — Tout à fait propre le jour, gâte quelquefois la nuit. Connaît les parties de son corps, les vêtements, un peu les jours de la semaine. Il est toujours méchant et sournois avec ses camarades (*Fig.* 7).

1896. — Parler toujours défectueux dans l'articulation. Les progrès scolaires sont lents, car l'*attention* est toujours distraite. Les tentatives pour le faire syllaber ne donnent pas encore de résultats. Lem... est absolument propre, ne gâte plus ni jour ni nuit. — Les accès de cris, le balancement, les grincements de dents ont complètement disparu. Lem... tient mieux le crayon, trace des bâtons, lace, boutonne, mais ne parvient pas à nouer.

Décembre. — Caractère fantasque ; reste parfois plusieurs jours isolé volontairement de ses camarades, criant, riant, sautant et paraissant manquer totalement de lucidité. Dans ces périodes il est impossible de rien en tirer ; l'attention est absolument nulle. D'autres fois, il est docile, s'applique à ce qu'il fait, est très heureux qu'on s'occupe de lui, est sensible aux compliments et aux reproches (*Fig.* 8). Il a la manie de promener sa langue dans sa bouche et de la mordiller toutes les fois qu'il est occupé. Lorsqu'il est joyeux, il ouvre la bouche démesurément, baisse la tête et saute en crispant les poings.

1897. *Août.* — Corps glabre. Verge : longueur, 5 centimètres ; circonférence, 4 centimètres ; phimosis. Testicules égaux. Anus normal. — *Parole* très améliorée, commence à faire de petites

phrases, telles que : « Je ne veux pas à la soupe. Il a battu Georges, etc. » (*fig.* 9).

Décembre. — Beaucoup d'amélioration dans les exercices scolaires : il commence à savoir tenir la plume, à faire des C et des O. Il a fait beaucoup de progrès pour la lecture. Il est heureux quand

Fig. 8. — Lem..., Georges en juin 1896.

on le fait travailler. Lorsqu'on l'appelle pour lire, il se frotte les mains et saute en signe de satisfaction. Il reconnaît et nomme les petites quantités. Il est toujours colère et fantasque. Il aime à frotter son visage sur les oreilles et le cou de ses camarades et très souvent la caresse se transforme subitement et il mord avec frénésie.

1898. *Juin.* — Progrès dans l'écriture. Il lit et retient avec une

facilité surprenante les *mots imprimés*, mais n'apporte aucun goût à la lecture dans le *Syllabaire*.

1899. *Juin*. — Prend goût à la lecture du *Syllabaire*, qu'il ne voulait pas regarder. Dans le *Syllabaire* de même que pour les

Fig. 9. — Lem..., en octobre 1897.

mots imprimés, il ne retient que les mots qu'il comprend et ces mots il les lit indifféremment à l'envers et à l'endroit. Il est doué d'une mémoire surprenante. L'*écriture* s'améliore. Progrès absoluments surprenants dans la *parole* qui était *absolument nulle*. Chaque jour il emploie des mots nouveaux (*Fig.* 10).

1900. *Janvier*. — Lem... prend goût à tous les exercices classiques. Il copie les mots qu'il lit et même en écrit un certain nombre de mémoire, tels que les jours de la semaine, les

nombres dont il connaît la valeur jusqu'à 10. Caractère plus doux, plus docile, moins rageur.

Juin. — Amélioration persistante et progressive dans la paroie, la lecture, l'écriture. Lem... trace tous les chiffres, commence à faire de petites additions.

Fig. 10. — Lem..., (Georges) en octobre 1899.

1901. — Tout le corps est glabre, verge, 6 cent. 1/2 de longueur; circonférence, 6 centimètres. Gland recouvert par le prépuce qui ne décalotte pas. Testicules du volume d'un œuf de moineau. Anus normal.

Parole encore défectueuse, mais Lem.,. a acquis cette année ch, g, v, z, j, r, ill, gu, bl. Tous ces sons, bien articulés au commencement ou dans le corps des mots, sont nuls lorsqu'ils forment la syllabe finale d'un mot terminé par un *e* muet. Progrès pour tous les exercices, surtout pour les leçons de choses.

Juin. — Progrès pour la classe, mais difficulté pour le calcul. Il lit couramment, commence à faire des devoirs élémentaires sur la grammaire. Caractère susceptible, ne supportant pas les taquineries de ses camarades. Il a perdu l'habitude de flairer. Son goût est encore bizarre, il ne veut ni charcuterie, ni aucun fruit.

Décembre. — Commence quelques petits exercices de grammaire. Difficulté pour le calcul, fait l'addition, commence la soustraction. La parole est encore défectueuse pour certaines consonnes se trouvant dans le corps d'un mot. Ainsi il dira *projetion* pour *projection*, *caninet* pour *cabinet*. De même, par paresse et non par difficulté. il supprime d'habitude les syllabes finales, muettes, des mots. Son caractère est toujours rageur. Lorsqu'il est en colère pour un motif quelconque, tous ceux qui sont à sa portée en subissent le contrecoup, et à défaut de camarades dans son voisinage, ce sont les tables, les portes, les fenêtres qui reçoivent coups de poings et coups de pieds.

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE 25 Bq 19 1904

1902. *Décembre.* — Lem... apporte beaucoup d'application à la gymnastique et aux travaux de la classe. Il *comprend* bien ce qu'il lit, écrit mieux, fait l'addition et la soustraction avec retenues, ébauche la multiplication. Il a une mémoire extraordinaire pour les mots qu'il a lus. Il fait quelques exercices élémentaires de grammaire ; il applique assez bien le genre et le nombre, copie des verbes, fait un peu d'analyse. Il reste toujours maniaque. Il ne faut pas que rien vienne intervertir l'ordre des choses établi, sinon il est furieux. Si, pour une cause ou une autre, une des infirmières change son jour de sortie, il l'invective et bougonne toute la journée à ce sujet. Dans une promenade, si l'on ne revient pas par le même chemin que l'on a pris en allant, il se met en colère et récrimine pendant le trajet. Si le jour où l'on a l'habitude de faire la leçon orale de grammaire, on fait une leçon de choses, il est fâché, ne veut rien écouter, ne répond que des bêtises aux questions qu'on lui pose et fait en sorte de troubler l'ordre.

Ses camarades qui s'aperçoivent de sa bizarrerie de caractère, le taquinent souvent, alors ce sont des rages : il crie, trépigne, tape à droite, à gauche tout ce qui l'environne (meubles et gens) et ne se calme que lorsque l'on fait signe de le conduire en cellule. (*Fig.* 11).

Puberté et organes génitaux. — Sauf un peu de duvet très fin au-dessous des oreilles et aux extrémités de la lèvre supérieure, *tout le corps est glabre.* Les bourses sont pendantes, les testicules égaux, de la dimension à peine d'un œuf de pie. La verge mesure 6 cent. de longueur et de circonférence. Le prépuce est long, étroit et ne permet de voir que l'extrémité du gland. Le méat paraît plutôt petit (*Phimosis*). Rien à l'anus. — Lem... ressemble non à un adolescent, mais à un enfant.

Réflexions. — I. Nous n'avons rien à relever du côté du père, enfant naturel, dont la famille est inconnue. — Du côté maternel, nous notons la mort du grand-père de l'enfant par une *paralysie du cerveau*, celle de la grand'mère, *alcoolique*,

Fig. 11. — Lem.... Georges en octobre 1902.

par une *congestion cérébrale*, des *convulsions* chez plusieurs cousins.

II. Lem..., d'après les renseignements fournis par sa mère et que nous avons tout lieu de croire exacts, aurait été tout à fait normal, jusqu'à neuf mois. Surviennent à ce moment des *convulsions* sous forme d'*état de mal* (2 heures), qui se

MESURES DE LA TÊTE	1890	1892	1893	1894		1895		1896	
				Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Circonférence horizontale maxima	51	51	52	52	52	51,5	52	53	52
Demi-circonférence bi-auriculaire	33	34	34	34,5	34	35,4	35	35	35
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	34	36	36,5	36,6	35	38	38	38	38
Diamètre antéro-postérieur maximum	17,1	18	19	19	18	18	18	18	18,5
Diamètre bi-auriculaire maximum	11,2	11,5	12	12	11	11	11	12	11,5
Diamètre bi-pariétal maximum	13	14	14,5	14,6	13,2	14,4	14	14	14,5
Diamètre bi-temporal maximum	»	»	»	»	»	»	»	11,5	11,[illegible]
Hauteur médiane du front	4-5	5	5	5	4 ½	5	5	5	5
Poids	k 12	k 12,900	k 13,500	k 13,900	k 11,200	k 19,65	k 21,200	k 19,700	k 21,2[illegible]
Taille	m 0,84½	m 0,85	m 0,85	m 0,85½	m 0,88	m 1,04	m 1,06	m 1,06	m 1,0[illegible]
Dynamomètre. Dr.	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Dynamomètre. G	»	»	»	»	»	»	»	»	»

1897		1898		1899		1900		1901		1902		1903
anv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.
53	53	53	53	53	53	53	53	52	52	52	52	52
35	35	35	35	35	35	35	35	34	34	34	34	34
38	38	38	38	38	38,2	38,2	38,2	37	37	37	37	37
18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5
12	12	12	12	12	12	12	12	13	13	13	13	13
14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	15	15	15	15	15
12	12	12	12	12	12	12	12	14	14	14	14	14
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
k	k	k	k	k	k	k	k	k	k	k	k	k
22	22,900	23	23,900	24,100	25	26	26	28,500	29	31,5	31	33,5
m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
1.11	1,14	1,15½	1,17	1,19	1,22	1,23	1,25	1,27	1,29	1,31	1,35	1,36
5	-	7	8	5	5	7	11	8	8	20	10	10
5	-	10	9	5	5	7	8	9	9	20	7	14

répètent trois jours et déterminent l'*idiotie complète*: absence de développement de la parole, persistance du gâtisme, impotence des membres, regard sans expression, attention nulle, arrêt de la dentition, etc. Les convulsions se sont répétées fréquemment de neuf mois à deux ans presque quotidiennement sous forme plutôt de petits accès. De deux à trois ans, elles s'éloignent de plus en plus et enfin disparaissent à 3 ans. Il se produit alors une première amélioration, légère toutefois et portant exclusivement sur l'état physique: l'espèce de paralysie de l'un des membres inférieurs disparaît. Intellectuellement rien : l'attention ne s'éveille pas, la physionomie reste idiote, on croit l'enfant sourd.

III. De 1890 à 1893, en raison de la teigne, le traitement médico-pédagogique n'a pas été sérieusement appliqué. Il ne l'a été qu'à partir du mois d'août 1893. L'enfant est devenu propre, la figure a offert un commencement d'expression, l'attention s'est développée.

A partir de 1895, les *tics* ont diminué, puis disparu. La parole est venue, l'enfant a appris à se laver, à s'habiller, à manger seul, en un mot à ne plus avoir besoin d'aide. Enfin il a appris à lire, à écrire, à compter, à faire les trois premières règles, à connaître, nommer les personnes et les choses. Les sentiments affectifs, nuls autrefois. se sont développés, l'enfant est affectueux pour sa mère et les personnes qui l'entourent. En résumé, aujourd'hui, si l'enfant était présenté pour la première fois, ce ne serait plus le diagnostic : *idiotie profonde* que nous porterions, mais celui d'*imbécillité*.

IV. Il suit aussi de ce qui précède que l'on doit s'occuper activement des idiots les plus malades, complets, êtres végétatifs et ne pas les reléguer dans le coin le plus dissimulé des hospices ou des asiles, comme certains médeçins qui ne connaissent que superficiellement les malades, n'ont quelquefois ni vu ni lu, le demandent, les considérant comme insusceptibles de toute amélioration. Il faut appliquer avec régularité et patience le *traitement médico-pédagogique* pendant plusieurs années, avant de déclarer les idiots complets incurables. L'histoire de Lem... en est la preuve. Nous avons cité bien d'autres cas analogues qui justifient notre opinion.

V. Une particularité, observée chez Lem..., mérite d'être relevée, c'est que pendant bien des années, jusqu'à son admission à Bicêtre, il était considéré comme *sourd*. Il ne l'était pas, en réalité; sa surdité n'était qu'apparente. Ce qui lui manquait, c'était l'attention auditive.

VI. L'*idiotie*, ici, était compliquée de *nanisme* avec *infantilisme*. L'examen du tableau de la *taille*, prise deux fois par an, de 1890 à 1902, montre qu'elle a toujours été notablement au-dessous de la moyenne. A la fin de 1902, elle était de 1 m. 36 au lieu de 1 m. 55, *soit en moins* 19 *centimètres*. *L'infantilisme* est indubitable : physionomie enfantine, absence de poils à la face, sur le corps, au pénil ; organes génitaux peu développés, en somme *aucun signe de puberté* malgré son âge (seize ans). Pas d'onanisme, aucune manifestation génitale.

VII. Bien que la mère n'ait pas remarqué la *rumination*, elle a été constatée peu après l'entrée. Elle a été plus marquée à certaines périodes et revient encore de temps en temps. Les cas de rumination qui étaient nombreux dans le service, autrefois, deviennent de plus en plus rares[1].

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

I. Théorie des réflexes cutanés et tendineux basée sur la nature fonctionnelle des deux faisceaux pyramidal et intra pyramidal ; par le Dr HELDENBERGH. (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 23).

II. Sur le réseau endocellulaire de Golgi dans les éléments nerveux en général et dans les cellules nerveuses des ganglions sympathiques en particulier; par le Dr SOUKHANOFF. (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 25).

De l'examen d'un très grand nombre de coupes des ganglions sympathiques, l'auteur conclut que le réseau de Golgi est bien un

[1] Le tableau des mensurations de la tête, offre quelques différences qui s'expliquent soit par un amaigrissement momentané, soit parce que les cheveux étaient plus ou moins courts. Les irrégularités dynamométriques tiennent à ce qu'on ne peut pas toujours obtenir la même attention chez l'enfant.

appareil endocellulaire composé de fins filaments entrelacés et disposés tantôt autour du noyau, tantôt en dehors de lui. Une particularité sur laquelle insiste M. Soukhanoff, est que le réseau endocellulaire des ganglions sympathiques ne présente pas des rejetons semblables à ceux du même réseau des cellules spinales motrices ou des cellules corticales pyramidales; pourtant on voit çà et là, à la périphérie du réseau des cellules des ganglions sympathiques, de petits appendices qui rappellent les rejetons du réseau des autres cellules. G. DENY.

III. Le mécanisme du tonus et des réflexes dans l'état actuel de la science; par J. CROCQ (*Journ. de Neurologie*, 1902, nos 19 et 20).

L'auteur passe en revue dans ce travail toutes les critiques qui ont été dirigées contre le rapport présenté par lui en 1901 au Congrès de Limoges, sur le mécanisme du tonus musculaire, des réflexes et de la contracture. Parmi ces critiques, les plus sérieuses sont, sans contredit, celles qui se basent sur les résultats observés dans les cas de lésions transversales de la moelle : les uns prétendent avec Bastian, Brun, von Gehuchten et Crocq que la section complète de la moelle provoque chez l'homme une abolition totale du tonus et des réflexes avec persistance seulement de certains réflexes défensifs; les autres affirment avec Brissaud, Grasset, Raymond et Cestan que la section complète de la moelle ne donne lieu à l'abolition du tonus et des réflexes que lorsque cette section est brusque; il y aurait au contraire conservation et même exagération du tonus et des réflexes lorsqu'elle est lente et progressive.

Ces divergences d'opinions sont dues, d'après l'auteur, à ce que les cliniciens interprètent différemment la nature de la lésion qu'ils observent : les uns, convaincus que la section complète de la moelle ne donne lieu à l'abolition du tonus et des réflexes que si la lésion est brusque, considèrent comme répondant à une section complète de la moelle les cas que d'autres et Crocq en particulier rapportent à une section incomplète.

L'examen histologique ne paraît pas jusqu'à présent susceptible de trancher le différend, quelques tubes nerveux pouvant persister au milieu des foyers de myélite sans que les réactifs actuellement en usage puissent les déceler. G. D.

IV. Sur l'influence des excitations sensorielles comme agents provocateurs des accès d'épilepsie; par FÉRÉ (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 21).

L'influence des excitations périphériques des nerfs sur la production de l'épilepsie est bien connue : ce sont en général des irritations mécaniques ou des lésions traumatiques ou patholo-

giques qui affectent plus ou moins grossièrement les structures. Les organes sensoriels et en particulier l'appareil auditif sont souvent le siège de ces lésions irritatives, mais les cas où la provocation est réalisée par l'excitation physiologique d'un nerf spécial sont beaucoup plus rares.

L'auteur en rapporte deux exemples : dans le premier il s'agit d'un idiot épileptique dont les crises se manifestent à propos des excitations sensorielles les plus variées : bruits soudains, lumière vive, ventilation, odeurs fortes, etc.

Le second concerne un homme de soixante-cinq ans chez lequel des accès d'épilepsie s'étaient substitués à des crises de migraine et survenaient constamment à la suite d'explosions bruyantes, de changements brusques d'éclairage, etc. G. Deny.

V. **Recherches expérimentales sur les localisations motrices spinales**; par le professeur Marinesco.

L'auteur poursuit le cours de ses intéressantes recherches sur les localisations motrices spinales, par l'étude du radial dont le noyau est composé de deux groupes : un premier, plus considérable et mieux défini qui, au niveau de la 7e et de la 8e racine, est représenté par le noyau intermédiaire, duquel le triceps tire sa source d'innervation : et un second groupe postérieur et latéral. Puis il étudie les altérations consécutives aux désarticulations, chez le chien, désarticulation cubito-métacarpienne, et désarticulation scapulo-humérale.

L'étude comparative des altérations consécutives aux résections nerveuses et aux désarticulations semble démontrer que le noyau de certains nerfs périphériques qui desservent plusieurs segments, tels que le radial, le médian et le cubital ne constituent pas une colonne unique et indivisible, mais que cette colonne se bifurque dans son trajet.

Il en résulte que sur des coupes transversales, on voit assez souvent non pas un noyau unique en réaction, mais deux noyaux. Ces ramifications secondaires correspondent habituellement aux segments que les nerfs en question desservent. Il y aurait là une preuve en faveur de la localisation motrice segmentaire soutenue par Van Gehuchten (*Revue neurologique*, juin 1901). E. Blin.

VI. **L'auto-représentation de l'organisme chez quelques hystériques**; par le Dr Gomar.

L'auteur a constaté que non seulement l'hystérique dans l'état d'hypnose pouvait éprouver plus nettement que d'autres la sensation de certains organes, mais aussi qu'elle pouvait avoir conscience d'autres organes qui ne se révèlent jamais à nous dans aucun cas soit physiologique, soit pathologique. Elle peut enfin avoir la conscience de la constitution anatomique de ses organes et de

même qu'en passant de l'état d'anesthésie totale à l'état de sensibilité parfaite, elle assiste chez elle-même au retour de la fonction normale; de même elle peut, dans certains cas, reconnaître non seulement la position et le fonctionnement d'un de ses organes, mais aussi sa constitution anatomique et sa structure intime, ainsi que le prouvent les faits rapportés dans le présent mémoire. (*Revue neurologique*, mai 1901). E. B.

VII. **L'origine réelle du nerf circonflexe** ; par les Drs Parhon et Goldstein.

Les auteurs ont étudié, chez le chien, par la méthode des réactions à distance, l'origine réelle du nerf circonflexe.

Au niveau du 4e segment cervical, le contour de la corne antérieure est arrondi ; les groupes cellulaires que l'on peut distinguer sont au nombre de 6 : antéro-interne, antérieur, antéro-externe, central, externe et postéro-externe. Le nerf circonflexe, qui innerve chez l'homme deux muscles, le deltoïde et le petit rond, et qui, chez le chien, donne encore quelques filets pour le grand rond et pour le sous-scapulaire, a son origine constituée dans la moelle par un seul groupe cellulaire, formant un noyau bien circonscrit, le groupe externe. Alors que le nerf circonflexe a son origine apparente commune avec le radial, son noyau d'origine se trouve tout à fait indépendant de celui du radial et occupe une situation différente dans un autre segment de la moelle cervicale (*Revue neurologique*, mai 1901). E. B.

VIII. **Agénésie bilatérale des lobes frontaux chez une femme ayant présenté un développement intellectuel à peu près normal**; par le Dr Dide.

Il s'agit d'une femme de cinquante-huit ans, atteinte d'alcoolisme chronique avec démence et à l'autopsie de laquelle on trouva une atrophie symétrique de toutes les circonvolutions frontales, sauf la frontale ascendante qui est normale.

Dans les régions atrophiées, la caractéristique histologique consiste dans la diminution marquée des éléments nobles de l'écorce, sans que cette diminution résulte de phénomènes dégénératifs du côté des cellules nerveuses : c'est une véritable agénésie.

Malgré cela, le développement intellectuel a pu s'opérer d'une façon à peu près normale, permettant à cette femme d'apprendre à parler, de s'instruire même un peu, à une époque où, en Bretagne, les gens du peuple étaient presque tous illettrés, de s'occuper de son intérieur, d'en faire en somme une femme normale. L'équilibre instable ne s'est traduit que d'une façon éphémère, à l'âge de trente ans. Il y a lieu de s'étonner que de pareilles altérations puissent coïncider avec une symptomatologie psychique aussi légère (*Revue neurologique*, mai 1901). E. B.

IX. Contribution à la psychologie des symptômes de la catatonie ; par R. Vogt. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* XXV. N. F. XIII. 1902.)

Kraepelin et Sommer disent que les divers symptômes de la catatonie (catalepsie, écholalie, échopraxie, négativisme, stéréotypie des attitudes et des mouvements, incohérence des idées, grimaces, impulsivité), tous d'origine mentale, émanent d'un même mécanisme, c'est-à-dire de la stéréotypie ou tendance au maintien d'un jeu d'innervation déjà créé, voire à la répétition de catégories de mouvements, et de la suggestibilité qui consiste en des troubles morbides de l'activité volontaire.

En réalité, aucun acte ou mouvement conscient ne peut avoir lieu que si, au préalable, le champ de la conscience est visité par l'idée de ce mouvement ou de cet acte. Si cette idée ne se heurte pas à des idées opposées, le mouvement, qui a dès lors lieu, est *idéomoteur*, l'acte s'effectue sans qu'intervienne la décision de la volonté. Tel est le cas de la plupart des *actes habituels*. S'il se produit des idées de mouvement concurrentes, il faut qu'elles soient chassées du champ de la conscience : c'est le rôle de la *volition* ; l'idée victorieuse entraîne l'*acte de choix*.

Le degré de netteté dans le champ de la conscience des idées de mouvement dépend de l'activité des centres psychomoteurs. Les mouvements en rapport avec l'exercice et la grande activité des centres psychomoteurs s'effectuent, s'ils ne rencontrent pas de stimulus contraires, sous l'influence d'une idée motrice toute passagère, à demi consciente, qui demeure à la périphérie de la conscience : ce sont des mouvements coulants à demi involontaires. Existe-t-il en revanche des stimulus concurrents, y a-t-il torpidité des centres, il faut, pour que l'acte s'accomplisse, que l'idée de mouvement soit renforcée par l'intensité de l'attention : travail pénible entraînant la sensation d'une tension volontaire vigoureuse. Cette tension se traduit par des mouvements associés qui tiennent à ce que l'irritation volontaire irradie sur les centres voisins à raison d'un arrêt de la décharge.

Ce n'est pas tout. Les phénomènes physiologiques corticaux qui accompagnent une idée ne cessent pas immédiatement à l'instant où cette idée disparaît du champ de la conscience. Ils subsistent bien qu'affaiblis et il suffit d'un choc minime pour leur rendre une vigueur suffisante, pour que l'idée correspondante renaisse. Ceci est manifeste en ce qui concerne les heures de cours et les récréations intervallaires : il reste pendant celles-ci une empreinte subconsciente du sujet de l'enseignement précédent, évidemment due aux échanges nutritifs intracorticaux correspondants, qui ramène les idées en question dès que l'on se dispose à reprendre la suite du cours. Seulement la *persistance du travail intra-cortical* s'évanouit dès que le champ de la conscience est pourvu d'un nouvel objet.

Or, dans la catatonie, l'aptitude à la persistance du fonctionnement psychophysique engendré par le mécanisme d'une idée est exagérée. Les phénomènes d'innervation dus à ce mécanisme tendent à se prolonger et à se répéter. Les idées déjà effectuées demeurent ainsi longtemps clichées et se peuvent à nouveau réengendrer. Plus le même phénomène psychique se répète, plus facilement, à raison de l'exercice, il se produit, d'où la *stéréotypie.* L'aptitude exagérée à la persistance psychomécanique suppose que nul autre objet n'occupe le champ de la conscience, que celui-ci est rétréci ; de là la *ressemblance de l'état hypnotique et de l'état catatonique.*

Applications. — On lève le bras d'un malade de ce genre, on éveille ainsi en lui l'idée qui correspond à la position de son bras ; tant que cette idée se maintiendra sans concurrence dans le champ de la conscience, le bras conservera la position qu'on lui a donnée : *catalepsie.* Les idées concurrentes qui pourraient chasser cette idée et, par suite, interrompre l'attitude, tels le sentiment de la fatigue, l'idée de l'incommodité de la position, etc., etc., ces idées dérivatrices ne viennent pas parce que le champ de la conscience est diminué. La catalepsie subsiste. Plus forte est l'aptitude à la persévérance du mécanisme cortical correspondant, plus faiblement agissent les idées dérivatrices. Levez l'autre bras du sujet, ou persuadez lui que la position qu'il a est absurde, vous distrayez son attention de l'idée première, l'innervation du bras cataleptique ne s'effectue plus, il retombe.

Le rétrécissement du champ de la conscience du catatonique explique que les actes des autres personnes puissent engendrer chez eux des idées qui enchaînent leur attention et se maintiennent sans concurrence : il en est qui sont ainsi *imitateurs* et *suggestibles.* Mais il peut arriver que des idées à mécanisme persévérant bloquent le champ de la conscience et alors ces suggestions restent inactives, ne pénètrent pas ce champ. Par contre, certains stimulus accidentels ou erratiques peuvent y pénétrer et aboutir aussitôt à des *impulsions*, précisément parce qu'à cause de l'étroitesse du champ en question, ils ne sont point arrêtés.

L'état de *négativisme* consisterait simplement, d'après Sommer, en l'exagération de la tendance à immobiliser les attitudes ; en d'autres termes, la persistance du travail intra-cortical serait en l'espèce très accusée. P. KERAVAL.

X. **Un macrotome** ; par N. SCHIPOW. (*Obozrénié psichiatrii.* VII, 1902.)

Appareil destiné à débiter le cerveau en coupes régulières plus ou moins épaisses. Il se compose d'une plaque de cuivre horizontale large de 10 centimètres, longue de 25 centimètres, épaisse de 5, munie d'une échelle métrique horizontale aussi. Le long de

cette plaque et par suite de cette échelle se meut à frottement une espèce de pont agrémenté d'un parapet vertical. Le long de ce parapet et des montants verticaux du pont on fait glisser le couteau.

On installe sous le pont le cerveau garni de ouate humide en l'orientant comme on le désire, de façon à ce qu'il dépasse la voûte formée par le parapet. Le rasoir ou le couteau glisse le long de ce dernier et des montants. Il suffit ensuite de faire avancer le pont de la longueur mesurée sur l'échelle de la plaque pour obtenir une coupe de l'épaisseur voulue par rapport à la première section et ainsi de suite. Tandis qu'on procède à la section il est indiqué de maintenir le cerveau dans sa situation avec la main. On fera bien aussi de ne pas le placer directement sur la plaque de cuivre mais sur une pièce de liège interposée.

P. KERAVAL.

XI. Contribution à l'anatomie pathologique de l'hydrocéphalie interne ; par G. TROSCHINE. (*Obozrénié psichiatrii*. VII, 1902.)

Les documents bibliographiques passés en revue par l'auteur montrent l'intérêt qu'il y aurait à déterminer les lésions anatomiques présidant : 1° à l'hydrocéphalie ventriculaire idiopathique des adultes ou méningite séreuse des ventricules de Quinke ; 2° à la symptomatologie de la pression exercée sur le cerveau soit dans les limites de la théorie de Bergmann, soit dans celles de la théorie d'Adamkiewicz ; 3° à l'état, du fait de cette pression, de la substance blanche, de la substance grise, de la névroglie, des vaisseaux et des méninges.

Voici cinq observations dans lesquelles les ventricules latéraux étaient dilatés à des degrés et pour des raisons différentes. Les cas 1 et 2 concernent une hydrocéphalie interne consécutive à l'encéphalite chronique diffuse et à la folie systématisée chronique, anatomiquement, à l'atrophie générale du cerveau. Dans les observations 4 et 5 (sarcome de la région du quatrième ventricule, tumeur des tubercules quadrijumeaux et du cervelet), le trou de Magendie, la région des nerfs craniens du quatrième ventricule, l'acqueduc de Sylvius, étaient comprimés.

Enfin le troisième cas a trait à l'hydrocéphalie interne idiopapathique. L'affection a débuté soudain. La malade, une femme de soixante ans, tombe tout à coup dans la rue, le 19 juin 1901 ; il s'ensuit une perte de connaissance courte. On la transporte à l'hôpital où on diagnostique une paralysie générale. A l'asile on constate une faiblesse musculaire généralisée, des troubles du langage, de la confusion mentale ; on diagnostique une démence organique. Elle demeure presque constamment au lit sans faire grand mouvement, et meurt dans le coma le 12 septembre. L'*autopsie* révèle que les vaisseaux méningés sont gorgés de sang, les

granulations de Pacchioni très accusées. La pie-mère épaissie et trouble s'enlève très aisément. Circonvolutions grosses. Les ventricules, fortement dilatés, sont pleins d'une grande quantité de liquide séreux.

En somme, la plus grande dilatation des ventricules appartient aux cas à tumeurs; vive aussi, celle de l'hydrocéphalie interne idiopathique. Moindre est-elle dans les exemples d'atrophie du cerveau. L'examen, dans tous ces types, du corps calleux, des parois des ventricules latéraux, l'étude des altérations de l'épendyme, des cellules épithéliales, de la substance grise sous-épendymaire, des vaisseaux, et de la dégénérescence du corps calleux, fort détaillés dans ce mémoire, se traduisent par les conclusions qui suivent.

Il y a lieu d'admettre une hydrocéphalie interne inflammatoire. Les différences marquées entre l'observation 3 d'hydrocéphalie interne idiopathique (?) et les autres cas sont topiques. On y voit la prolifération des cellules épithéliales, l'hyperplasie de la névroglie et de la couche sous-épithéliale, la dilatation des vaisseaux, l'infiltration du tissu par de petites cellules, les traces d'un exsudat. Les autres cas ne présentaient pas toute la complexité de ce tableau. Il existe une analogie entre la compression mécanique de la moelle et l'hydrocéphalie interne, car dans celle-ci la substance blanche (corps calleux) est affectée; or, dans la compression de la moelle, c'est elle qui est surtout altérée. Quant à l'origine et au substratum anatomique de l'hydrocéphalie interne, il est impossible de n'alléguer que l'anémie qui, dans la théorie de Bergmann, émane de la compression des vaisseaux: on se trouve en présence d'une *lésion* du tissu même du cerveau et, *par-dessus tout, du corps calleux.*

La dégénérescence du corps calleux est-elle capable d'expliquer les manifestations cliniques qui accompagnent l'hydrocéphalie interne? Les phénomènes cliniques de cette dernière sont très complexes et polymorphes : parfois elle passe inaperçue (Quinke); elle peut se borner à des symptômes de neurasthénie cérébrale (Quinke), elle peut aussi simuler la paralysie générale (Bresler, Burr et Carthy). Les lésions du corps calleux sont aussi indécises au point de vue symptomatique. Sur 17 tumeurs de cet organe, 2 seulement ont été diagnostiquées pendant la vie (Bristonie et Giese) : on a dû se contenter du diagnostic de tumeur du cerveau. Sur 20 cas de lésions du corps calleux (surtout des tumeurs), 4 ne se sont traduits par aucun symptôme (Kaufmann, Erb, Berkley, Leichtenstern) et il n'a pas manqué de cas dans lesquels au lieu d'une tumeur on avait diagnostiqué une paralysie générale (Bruns). Quant aux physiologistes leurs expérimentations sont, ou négatives, ou contradictoires. L'étude anatomoclinique du corps calleux a, du reste, le bilan suivant : sur 20 cas où le corps calleux

fut trouvé lésé, un seul, celui de Zingerle, témoigne d'une altération isolée du corps calleux ; dans tous les autres, la destruction de celui-ci s'accompagne de lésion d'une portion plus ou moins moins étendue de l'hémisphère, et même dans le cas de Zingerle il y a compression de la couche optique. Un symptôme seul, relevé par la majorité des auteurs, est presque indubitablement lié à la lésion du corps calleux, c'est la diminution de l'intelligence. Rapprochons donc ce fait de la dégénérescence du corps calleux dans l'hydrocéphalie interne, et de la destruction des cellules de l'écorce cérébrale qui va de pair avec celle des fibres du corps calleux (Forel). On peut adopter en conséquence l'opinion de Bruns : « *l'obtusion intellectuelle est le symptôme mental spécifique... et la résultante de la compression générale du cerveau et, en particulier, de l'hydrocéphalie interne.* » P. KERAVAL.

XII. Calcification du Péricarde ; par Francis O. SIMPSON. (*The Journal of Mental science*, juillet 1902).

C'est une affection rare : l'observation et l'autopsie suggèrent à l'auteur les réflexions suivantes, qui en sont en quelque sorte le résumé : 1° La lésion était très étendue, et, autant qu'on a pu s'en assurer, elle n'était consécutive à aucune maladie sérieuse ayant été remarquée par la famille, et elle était survenue sans que, à aucun moment, le malade ait dû interrompre ses occupations de jardinier. L'état pathologique était très ancien et n'avait certainement pas pu prendre naissance pendant les seize mois que le malade a passés à l'asile. 2° Pendant la dernière période de la vie, il y a eu des vomissements qui paraissent se rattacher à une tumeur de l'aine gauche, ayant simulé à certains égards une hernie épiploïque, et qui paraît avoir été un engorgement ganglionnaire. L'idée d'une exploration sous le chloroforme fut examinée et repoussée, heureusement, en raison des troubles cardiaques. 3° Il est très difficile chez les aliénés atteints de maladies du cœur de préciser les cas favorables à une intervention chirurgicale, car les signes physiques sont souvent très obscurcis et les renseignements erronés ou peu dignes de foi. Dans le cas actuel, il est à peu près certain que l'anesthésie aurait entraîné la mort.

R. de MUSGRAVE-CLAY.

XIII. Note sur les lobes préfrontaux et la localisation des fonctions mentales ; par P. W. MAC-DONALD. (*The Journal of Mental science*, janvier 1902).

Le malade dont l'observation sert de base à cette note avait séjourné à l'asile de Dorchester pendant plus de 25 ans et avait, au moment de sa mort, près de 60 ans. C'était un imbécile congénital, dont la tête était de forme à peu près normale, le corps et

les membres courts : il était atteint depuis sa naissance de paraplégie spasmodique primitive ; il ne savait ni lire ni écrire, mais il marmottait quelques mots, et jusqu'à un certain point, paraissait savoir ce qui se passait autour de lui, et arrivait, moitié par ses marmottements, moitié par signes, à se faire comprendre ; il succomba à une affection pulmonaire chronique. Le professeur Reid, d'Aberdeen, qui a examiné le cerveau le décrit ainsi : « On » remarque sur ce ce cerveau l'absence de scissure longitudinale » supérieure à la région frontale et à la partie antérieure de la » région pariétale, en sorte que les lobes des deux côtés opposés » se continuent l'un avec l'autre, leurs circonvolutions se réunis- » sant sans interruption. Il existe aussi une insuffisance marquée » de développement du corps calleux. »

Ces constatations rendent la pièce anatomique fort intéressante : on se serait attendu à rencontrer dans ce cas des déformations craniennes extérieures qui faisaient défaut. La pièce devant probablement servir de base à une note d'anatomie pathologique, l'auteur n'insiste pas, et se borne à poser la question — suggérée par cet état cérébral, et par l'état mental du malade — de savoir s'il y a un rapport, et quel est le rapport, entre les facultés intellectuelles et l'arrêt de développement des lobes préfrontaux.

Il y a actuellement deux théories en présence relativement à la localisation de la mentalité, ou, en termes plus concrets, des facultés intellectuelles. La première place le siège de ces facultés dans les lobes préfontaux, la seconde le place dans les lobes occipitaux. Désirant s'appuyer sur des faits plutôt que sur des opinions, l'auteur a relevé les autopsies d'idiots et d'imbéciles qui ont été faites à l'asile de Dorchester de 1883 à 1901 et il a trouvé les chiffres suivants : sur quarante autopsies, il a trouvé 25 fois un cerveau de dimensions moyennes, sans arrêt marqué de développement, mais avec de grandes irrégularités dans les circonvolutions ; — 12 fois des irrégularités très accentuées et accompagnées d'arrêt de développement dans les lobes préfrontaux ; — 2 fois des lobes occipitaux petits et arrêtés dans leur développement ; — enfin dans un cas il y avait des irrégularités et un défaut de développement à la fois dans les lobes préfrontaux et dans les lobes occipitaux. Ces faits viennent donc à l'appui de la théorie qui localise les fonctions intellectuelles dans les lobes antérieurs, mais ce qu'ils démontrent plus clairement encore c'est que la localisation rigoureuse de ces facultés est loin d'être aussi précise que le soutiennent l'une ou l'autre des deux écoles.

R. de MUSGRAVE-CLAY.

XIV. **Localisation cérébrale et fonctionnement du cerveau** ; par L. HARRISON-METTLER. (*The New-York medical Journal*, 7 juin, 21 juin et 28 juin 1902).

L'auteur a résumé lui-même son intéressant travail dans les conclusions suivantes :

1° Les aires motrice et sensorielle connues de l'écorce cérébrale ne sont pas nettement différentiables l'une de l'autre, comme l'avaient d'abord supposé Ferrier et ses partisans ;

2° Elles ne sont pas non plus, en tant que foyers séparés, d'une telle nature ni d'une importance relative si faible que l'on puisse considérer l'action du cerveau comme l'action d'un organe unique ainsi que l'ont soutenu Goltz et son école ;

3° Il existe dans l'épaisseur de la couche corticale des centres moteurs et des centres sensoriels, séparés; mais ils sont étroitement entremêlés et présentent les uns avec les autres les plus intimes connexions ;

4° Les aires motrice et sensorielle ont les unes et les autres des foyers d'intensité spéciale, les premiers dans le lobule central, les derniers dans les lobules postéro-pariétaux ;

5° En même temps qu'une communication générale et réciproque entre tous les élément sensoriels et moteurs de l'écorce, il existe une connexion des plus intimes entre les cellules sensorielles et motrices reliées qui président aux régions correspondantes du corps ;

6° La fonction primitive de ces groupes sensitivo-moteurs corticaux de cellules, en tant que groupes accouplés, consiste à déterminer des actions réflexes analogues à celles que déterminent les arcs réflexes sensitivo-moteurs des divers segments de la moelle. Ce fait est démontré par le développement morphologique et embryologique de l'axe cérébro-spinal tout entier, et il explique de la manière la plus satisfaisante la majorité des phénomènes sensitivo-moteurs tant dans les expérimentations physiologiques que dans les observations clinico-pathologiques;

7° La mentalité est sous la dépendance des phénomènes sensitivo-moteurs, et il est probable par conséquent qu'elle est une fonction des couches corticales, des ganglions de la base, et du système nerveux tout entier. La mentalisation consciente est probablement une fonction des couches corticales seules. L'importance relative des différentes zones corticales dans la production des phénomènes mentaux n'est pas actuellement déterminée ;

8° L'inhibition paraît être la différenciation la plus tardive et la plus élevée dans les fonctions de la substance nerveuse, bien que, considérée en elle-même, elle ne soit qu'une fonction plus ou moins latente de toute la substance nerveuse, dont le degré d'activité varie simplement suivant la période de développement nerveux ;

9° L'inhibition est probablement la fonction spéciale du cerveau antérieur, et, par là, elle confère à cette partie du système nerveux une sorte de commandement sur le reste de l'appareil ner-

veux. On a donc raison de dire du cerveau antérieur qu'il est surtout un centre psychique, bien que, si l'on va au fond des choses, on constate que ses fonctions réflexes et ses fonctions d'inhibition diffèrent plutôt par leur degré que par leur nature propre des fonctions réflexes et des fonctions d'inhibition des ganglions qui siègent en des régions beaucoup plus basses de l'axe cérébro-spinal;

10° L'action inhibitive du cerveau antérieur apparaît dans la sphère de la conscience et constitue ainsi la base de la volition. Elle est supérieure dans sa force et dans ses manifestations, mais elle n'exclut pas l'exercice de cette même fonction, à un degré inférieur, par des régions plus basses du système nerveux sur des régions situées encore plus bas qu'elles;

11° Les fonctions sensitivo-motrices de l'écorce cérébrale sont de nature psychique, mais elles agissent sur les parties extérieures du corps par l'intermédiaire de la moelle et des ganglions spéciaux, absolument de la même manière que le plus élevé de tous les centres psychiques, — le cerveau antérieur et d'autres territoires associés encore indéterminés à l'heure actuelle — agit sur le corps par l'intermédiaire de l'écorce sensitivo-motrice, des ganglions spéciaux et de la moelle;

12° Finalement, l'inhibition et l'action réflexe étant la propriété spéciale de toute substance nerveuse se rencontrent à des degrés divers du haut en bas de l'échelle nerveuse, depuis la substance à organisation élevée de l'écorce, qui paraît à cause de cela être le siège de la mentalité, jusqu'aux ganglions les plus primitifs de la moelle, qui ne conservent que le degré le plus faible ou la forme la plus élémentaire d'irritabilité réflexe.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XV. **Un cas de tumeur cérébrale**, par le Dr CUYLITZ. (*Bull. de la Soc. de Belgique*), 1903, n° 108.

Il s'agit d'une femme de cinquante ans, se plaignant souvent de migraines qui était atteinte, mais seulement d'une façon intermittente, d'hémiplégie droite avec aphasie, obnubilation des facultés, etc., et à l'autopsie de laquelle on trouva au niveau de l'hémisphère cérébral gauche dans la région rolandique, une volumineuse tumeur charnue très vascularisée, et indépendante du cerveau. L'examen histologique de cette tumeur n'a pas été pratiqué.

G. D

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. **Abcès traumatique du lobe occipital droit avec symptômes cérébelleux — Abcès cérébelleux d'origine otique à symptomatologie fruste**; par MM. S. L. Reverdin et Vallette. (*Rev. médicale de la Suisse romande*, avril 1902.

Le titre de ce travail en indique nettement l'intérêt. Il s'agit de deux cas d'abcès encephalique dont l'un siégeait dans le lobe occipital droit bien qu'il fût accompagné de symptômes cérébelleux et dont l'autre au contraire était situé dans le cervelet malgré l'absence de ces mêmes symptômes. La ponction lombaire fut pratiquée deux fois sans inconvénient chez le premier malade dont l'abcès avait eu pour point de départ une plaie infectée de la région occipitale.

Chez le second malade c'est à une otite moyenne et à une mastoïdite suppurée opérée antérieurement qu'il faut attribuer la cause de l'abcès du cervelet. A l'autopsie on n'a pas pu trouver la voie de propagation de la suppuration la face postérieure du rocher et la dure-mère étaient saines, de la mastoïde au cervelet on est donc obligé d'admettre que la propagation ne s'est pas faite de proche en proche, mais que les germes infectueux ont été transportés du foyer mastoïdien au cervelet, probablement par les voies lymphatiques ou peut-être à la faveur d'une thrombose veineuse. — La voie mastoïdenne peut donc au point de vue chirurgical se trouver en défaut et ne pas conduire toujours sur la collection encéphalique. Si donc après une recherche infructueuse par cette voie, les accidents persistants ne témoignent de l'existence de cette collection on devra ouvrir le crâne indépendamment de la brèche mastoïdienne; malheureusement les signes de de localisation sont trop souvent absents ou insuffisants.

Dans ce cas les signes qui pouvaient mettre sur la voie du diagnostic étaient le nystagmus caractéristique des lésions du cervelet, puis la douleur occipitale et les signes de compression bulbo protubérentielle causée par l'abcès.

Chez le premier malade, c'est la constatation de troubles altoniques, des vertiges, du strabisme qui a fait supposer que l'abcès se trouvait dans le cervelet tandis qu'il siégeait au pôle occipital au voisinage de la plaie osseuse constaté. Le seul symptôme qui eût permis de localiser l'abcès dans le lobe occipital, l'hémianopsie faisait défaut ou du moins les réponses évasives du malade n'ont n'ont pas permis de la constater. G. Deny.

II. **A propos du goitre exophtalmique. — Le centre bulbaire. — Traitement par le thymus**; par le Dr Bienfait (de Liège) (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 21).

Pour expliqner le rôle du grand sympathique et des nerfs vagues dans la pathogénie de la maladie de Basedow l'auteur admet l'existence d'une lésion portant à la fois sur ces deux nerfs dans la moelle allongée. D'après les expériences relatées dans cette note cette lésion serait située au niveau du bord externe du 4e ventricule au voisinage des corps restiformes. Cette région dont la blessure donne lieu à la plupart des symptômes basedowiens peut donc être considérée comme le centre bulbaire du goitre exophtalmique. Suit ensuite l'observation d'une malade atteinte de cette affection qui a pris pendant deux mois plusieurs pilules par jour de thymus de veau frais et cru et qui a été très améliorée par ce traitement. G. Deny.

III. **Syndrome occipito-cérébelleux**; par L. Marchand (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 21).

La cephalalgie, les vomissements, les vertiges, la titubation, forment les symptômes fondamentaux des tumeurs cérébelleuses. Parmi les autres symptômes que l'on rencontre ordinairement, il convient de mettre en première ligne les troubles visuels dus, soit à l'hypérémie, soit à l'œdème de la pupille, soit encore à une neuro-rétinite.

Dans l'observation qui fait l'objet de ce travail les troubles visuels concomitants des symptômes cérébelleux étaient dus à une compression des lobes occipitaux en même temps que du cervelet par une gomme que l'auteur a cru pouvoir localiser sur la tente du cervelet.

Le traitement spécifique énergique que subit la malade a eu pour conséquence une résolution rapide des lésions. Il consista en l'injection intra-musculaire de 10 centigrammes de biodure de mercure et de 4 grammes d'iodure de potassium dissous dans 2 centimètres cubes d'eau. Cette injection fut renouvelée tous les deux jours pendant un mois sans aucun accident.

Il faut noter que les accès d'épilepsie que présentait la malade survécurent à la disparition des autres troubles organiques ce qui semble prouver qu'ils n'étaient pas d'origine syphilitique bien que l'apparition du premier accès quelque temps après le début de l'infection semble plaider en faveur de cette étiologie. G. D.

IV. **Deux cas de maladie nerveuse familiale intermédiaire entre l'hérédo-ataxie cérébelleuse et la maladie de Friedreich**; par les Drs Lenoble et Aubineau.

Il s'agit de deux cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse d'une forme particulière caractérisée :

1° Par le début précoce de signes oculaires dans l'enfance et leur évolution progressivement croissante ;

2° Par l'apparition relativement tardive des autres phénomènes nerveux ;

3° Par la tendance à revêtir un certain nombre de caractères de la maladie de Friedreich.

On constate, en effet, chez les frères G.... des signes se rattachant nettement à l'hérédo-ataxie cérébelleuse (manifestations du fond de l'œil, tremblement de la langue, tremblement des mains, exagération légère des réflexes rotuliens, incertitude motrice dans l'obscurité) ; des signes de la maladie de Friedreich (conservation de l'intelligence, migraines, réflexes abolis d'un côté chez un malade) ; et des signes communs à ces deux types cliniques (nystagmus, déviation vertébrale, absence de troubles de sensibilité, intégrité du goût, de l'ouïe, de l'odorat). (*Revue neurologique*, avril 1901). E. Blin.

V. L'aphasie hystérique ; par M. G. Guillain.

L'histoire de l'aphasie hystérique prouve que son existence est incontestable et que la grande névrose est susceptible de créer une des formes quelconques de l'aphasie motrice ou de l'aphasie sensorielle.

L'auteur rapporte une intéressante observation où le diagnostic se pose entre une hémiplégie organique avec aphasie et une hémiplégie avec aphasie de nature hystérique : de par le mode de début de l'affection, de par sa marche, de par l'apparence symptomatique observée, l'hémiplégie droite ancienne et l'aphasie dont est atteint le malade en question, doivent être considérées comme de nature purement hystérique. Un fait à noter, c'est qu'il est impossible de fixer actuellement les caractères de l'aphasie hystérique. Ce sont les bizarreries dans l'aspect de l'affection, dans son évolution, l'état mental particulier des malades qui permettront d'éliminer l'idée de lésion organique (*Revue neurologique*, avril 1901). E. B.

VI. Les causes provocatrices et la pathogénie des tics de la face et du cou ; par les Drs Meige et Feindel.

Au début, et à propos d'une cause banale, généralement afin d'atténuer une gêne ou d'éviter une douleur, d'autres fois pour éprouver une sensation nouvelle qui semble agréable à tort où à raison, le futur tiqueur veut faire un mouvement et le fait en effet, avec raison, avec logique. Il le répète judicieusement peut-être ; mais peu à peu, se laissant entraîner, il le répète encore, plus

qu'il ne serait raisonnable, sans se lasser. Ainsi se crée et se dresse une habitude qui bientôt devient impérieuse, irrésistible ; voilà le tic constitué.

Lorsqu'on a découvert la cause du mouvement initial qui peu à peu est devenu un tic, les procédés de correction à employer contre ce dernier se déduisent logiquement de son étiologie même ; le traitement semble alors d'une application plus facile ; ses effets sont plus rapides.

Il n'est donc pas sans intérêt d'entrer, comme l'ont fait les auteurs, dans quelques détails sur les causes provocatrices des tics ; leur connaissance peut éclairer la pathogénie de ces accidents convulsifs et faciliter leur guérison.

Il demeure entendu que les causes occasionnelles sont insuffisantes à elles seules pour créer les tics. Une prédisposition héréditaire est indispensable pour opérer la transformation d'un geste volontaire en un mouvement automatique irrésistible. Une instabilité, une débilité congénitales de la volonté sont des facteurs étiologiques qui ne peuvent jamais faire défaut chez les tiqueurs. Sans eux le tic, maladie psychique par excellence, ne saurait exister. (*Revue neurologique*, avril 1901). E. B.

VII. Sur une forme de myopathie progressive primitive avec ptosis bilatéral et participation des muscles masticateurs ; par M. le Dr P. Marie.

La division de la myopathie progressive en trois formes, d'après la localisation de l'affaiblissement musculaire, est actuellement classique.

Lorsque l'affaiblissement débute et se localise dans les membres inférieurs, la forme est dite de Leyden Möbius ; quand il occupe surtout les muscles de la ceinture scapulaire et de la ceinture pelvienne, on a affaire à la forme juvénile de Erb ; enfin, si les muscles des lèvres et l'orbiculaire des paupières sont affectés, on se trouve en présence de la forme facio-scapulo-humérale de Landouzy et Déjerine. Il semble cependant qu'à côté de ces formes fondamentales il y ait lieu de faire une place à part à des cas très rares qui, par suite de particularités assez importantes, ne sauraient être classées dans aucune des formes précitées.

Dans l'observation qui fait l'objet du présent travail, à un ensemble de symptômes bien nettement myopathiques se sont joints des phénomènes de ptosis bilatéral et d'affaiblissement des muscles masticateurs qui n'appartiennent nullement à la forme facio-scapulo-humérale de la myopathie. C'est ainsi que l'occlusion des paupières est à la vérité affaiblie, mais elle peut cependant s'exécuter d'une façon complète et il existe au contraire un ptosis double très accentué, très différent de ces « yeux grands ouverts »

dont il est question dans la description du type facio-scapulo-huméral. De plus, les lèvres ne sont pas très grosses, il n'existe ni « lèvre de tapir », ni « rire en travers », l'action des zygomatiques est bien conservée.

En revanche, il existe un affaiblissement très prononcé, on pourrait presque dire une disparition des mouvements de mastication, qui n'appartient nullement à la forme facio-scapulo-humérale. (*Revue neurologique*. Mai 1901). E. B.

VIII. Contribution à l'anatomie pathologique de la chorée héréditaire ; par les Drs Lannois, Paviot et Mouisset.

La chorée héréditaire ou de Huntington est aujourd'hui bien connue en ce qui concerne son étiologie et sa symptomatologie, mais les données fournies par les observateurs ne sont pas interprétées par eux de manière univoque. C'est ainsi qu'on retrouve toujours une infiltration interstitielle et péricellulaire de petites cellules rondes, à gros noyau, à protoplasma souvent imperceptible, dans tout le cortex.

Deux hypothèses sont en présence sur la nature de ces petites cellules rondes ou grains. Pour les uns, ce sont des leucocytes et la lésion de la chorée héréditaire est une inflammation circonscrite corticale et sous-corticale ou une encéphalite interstitielle chronique diffuse. Pour les autres, c'est une lésion d'origine névroglique.

Dans un cas rapporté tout au long par les auteurs, la lésion dominante était l'infiltration de grains fortement colorés en bleu par la méthode de Nissl dans l'écorce et la substance blanche de la circonvolution, la couche moléculaire du manteau gris étant respectée.

C'est bien là la lésion la plus évidente et la plus constante de la chorée progressive héréditaire, celle que les observateurs les plus récents s'accordent à regarder comme le substratum organique de la maladie. On peut discuter sur sa signification, croire avec les uns qu'il s'agit là d'éléments trahissant une évolution anormale de la névroglie, ou bien admettre avec les autres une encéphalite miliaire ou diffuse : il n'en reste pas moins acquis que cette lésion existe et qu'elle est très facile à mettre en évidence. Et c'est elle qui rend le mieux compte de l'évolution des symptômes dans la chorée héréditaire. (*Revue neurologique*, mai 1901). E. B.

IX. Névrômes intra-médullaires dans deux cas de syringomyélie avec mains succulentes ; par le Dr Bischofswerder.

L'auteur en étudiant des coupes de moelle dans deux cas de syringomyélie, y a rencontré des névrômes dont il donne une description topographique et anatomique.

Or dans les deux cas il s'agissait de syringomyélie, avec mains succulentes : il est donc légitime de se demander, autant que permet de le faire l'étude de deux cas seulement, si la syringomyélie avec mains succulentes ne présente pas quelque chose de particulier et si le renflement cervico-dorsal névromateux avec les nerfs pathologiques du plexus brachial, ne constitue pas un syndrôme spécial à cette forme de syringomyélie (*Revue neurologique*. Février 1901). E. B.

X. Des mouvements athétosiques dans le tabes dorsalis; par le Dr Boinet.

Certains ataxiques peuvent présenter, même au repos, des mouvements spontanés, involontaires, arythmiques, qui offrent tantôt le type choréiforme, tantôt l'aspect athétosique. Ces mouvements athétoïdes de l'ataxie sont moins violents, plus affaiblis, plus localisés aux extrémités que les mouvements de l'athétose double. Ils débutent accidentellement et ne se manifestent avec une certaine intensité qu'à la période confirmée de l'ataxie.

Leur intensité et leur amplitude augmentent pendant les actes volontaires et l'occlusion des yeux, ou à l'occasion d'efforts et diminuent, au contraire, sous l'influence de la volonté, de la distraction, du contrôle de la vue. Le sommeil calme suspend ces mouvements athétoïdes qui existent même au repos. Ils sont peu prononcés au début du tabes; mais on peut les mettre en évidence en ordonnant au tabétique de tenir la main en l'air, sans la raidir, et de fermer les yeux.

Les observations de tabes avec mouvements athétosiques intenses sont encore assez rares pour justifier la publication des quelques nouveaux cas présentés par l'auteur. De nombreuses théories ont été proposées pour expliquer la pathogénie des mouvements athétosiques dans le tabes. Elles ne constituent, pour la plupart, que des hypothèses plus ou moins ingénieuses qui ne s'appuient sur aucune autopsie (*Revue neurologique*, juin 1901). E. B.

XI. Contribution à l'étude des causes de la paraplégie dans le mal de Pott; par les Drs Long et Machard.

Quelles sont les causes exactes de la paraplégie au cours de la carie tuberculeuse du rachis ? Dans presque tous les travaux publiés récemment se retrouve une grande complexité des altérations histologiques de la moelle dans la paraplégie. En dernière analyse, on arrive aux conclusions suivantes : 1° Il est possible, mais très rare, qu'un fragment de vertèbre vienne comprimer la moelle; 2° Il est rare également que la tuberculose atteigne la moelle (tubercules disséminés ou tubercule solitaire); 3° Dans la règle, ce sont les fongosités interposées entre le rachis et la dure-mère qui

constituent la cause première de la compression ; 4° Le mécanisme par lequel surviennent des troubles fonctionnels ou des lésions histologiques de la moelle est des plus complexe, car il est vraisemblable que, dans la majorité des cas, des troubles vasculaires (ischémie, stase sanguine, œdème) se superposent dans des proportions variables aux effets de la compression directe.

Les trois observations rapportées par les auteurs viennent à l'appui des principaux travaux publiés sur les paraplégies du mal de Pott et confirment une conclusion déjà énoncée par d'autres : au point de vue clinique, ces paraplégies présentent peu de variations individuelles ; mais leur anatomie pathologique et, ce qui est important dans l'espèce, leur pronostic sont des plus variables (*Revue neurologique*, avril 1901). E. B.

XI. Amnésie, avec une observation ; par S. D. Hopkins. (*The New-York Medical Journal*, 30 août 1902).

Il s'agit d'un homme de 35 ans, qui au cours d'une période de six mois d'excès alcooliques constata une diminution considérable de sa mémoire surtout à l'égard des événements récents, parmi lesquels il se souvient pourtant des principaux. A une date déterminée dont il se souvient, il était à New-York : plus tard il se réveille à Denver (Colorado) sans savoir comment il y est venu, et sans avoir gardé aucun souvenir des faits appartenant à la période intercalaire, qui avait duré six semaines, 16 août au 21 septembre. Pendant le mois de juillet l'amnésie avait été partielle, mais durant ces quarant-cinq jours elle avait été totale. L'auteur termine par quelques considérations sur l'amnésie en général, et conclut que chez le malade qui fait le sujet de l'observation, la perte de la mémoire est nettement sous la dépendance des excès alcooliques.

R. de Musgrave-Clay.

XII. Un cas d'atrophie musculaire progressive et un cas de paralysie pseudo-hypertrophique chez de jeunes enfants ; par M. Neustaedter. (*The New-York medical Journal*, 5 juillet 1902).

Obs. I. — *Atrophie musculaire progressive juvénile*, (*forme d'Erb*). — Fillette de six ans, d'origine russe : pas d'antécédents héréditaires : à treize mois, la mère remarque qu'elle ne peut se servir du bras droit, et à dix-huit mois qu'elle ne peut marcher droit : toutefois, aucune différence de circonférence entre les deux extrémités : à deux ans, rougeole et coqueluche dont elle guérit bien.

A l'examen, on trouve les muscles de la partie supérieure du bras droit et de l'omoplate manifestement atrophiés ; l'enfant ne peut pas élever le bras.

Saillie accusée de l'omoplate droite par paralysie du grand dentelé : deltoïde gauche nettement atteint. Pupille droite un peu plus large que la gauche.

Muscles de l'extrémité inférieure gauche notablement atrophiés, surtout ceux du pied. Démarche chancelante ; l'enfant ne peut se porter sur la jambe malade.

Réflexe du genou absent à gauche, légèrement exagéré à droite. Lordose accentuée et ventre très proéminent. Tous les muscles atteints répondent au courant faradique : la réaction de dégénérescence fait totalement défaut.

Obs. II. — Pseudo-hypertrophie musculaire (*Lipomatosis luxurians muscularis progressiva* de Heller). — Garçon de huit ans, d'origine autrichienne, antécédents héréditaires négatifs. Chute sur la tête ayant laissé une cicatrice frontale : puis faiblesse, marche difficile, à cinq ans, augmentation de volume du mollet, impossibilité de monter un escalier ; l'enfant est faible d'esprit. — A l'examen, démarche chancelante, ventre saillant, lordose lombaire accentuée, lenteur et difficulté à lever les jambes, chute des orteils par parésie des extenseurs dorsaux. Mollets volumineux et durs. Plusieurs muscles (cuisses, bras, omoplate droite) sont hypertrophiés et ont perdu toute excitabilité électrique. Absence des réflexes du genou. R. de Musgrave-Clay.

XIII. **Tétanos**; par Kenneth, E. Kellogg (*The New-York medical Journal*, 12 juillet 1902).

Plaidoyer en faveur de l'acide phénique contre l'antitoxine : l'auteur formule les conclusions suivantes :

1° Les chiffres nous montrent autant de guérisons par les agents pharmaceutiques que par l'antitoxine ;

2° L'emploi du phénol n'empêche par l'administration de l'antitoxine ;

3° Il n'y a aucun moyen précis de mesurer l'antitoxine tétanique ;

4° L'antitoxine du tétanos n'est pas détruite par la solution d'acide phénique ;

5° L'antitoxine n'étant pas un produit stable, nous ne sommes pas autorisés à saturer continuellement l'organisme (ce qui paraît nécessaire) avec un agent sur lequel nous savons relativement peu de chose. Nous sommes, au contraire, très renseignés sur l'acide phénique, et nous possédons des moyens précis et sûrs de constater son action et de déterminer les limites dans lesquelles il convient de l'employer ;

6° Les expérimentateurs n'ont pas toujours réussi à sauver des animaux infectés, même en ayant recours à des doses énormes d'antitoxine ;

7° Il existe des cas qui ont été traités alternativement d'abord par l'antitoxine, ensuite par les préparations phéniquées, et c'est ce dernier traitement qui a donné les résultats les plus satisfaisants ;

8° Trois cas ont été récemment traités à New-York par l'antitoxine, et dans tous les trois la terminaison a été fatale.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 4 juin 1903. — PRÉSIDENCE DE M. P. RICHER

Deux cas d'hémicraniose.

MM. BRISSAUD ET LEREBOULLET, présentent un malade de vingt-quatre ans, chez lequel depuis l'enfance on constate l'existence d'une hémi-hypertrophie cranienne portant sur la région fronto-pariétale gauche et la région sus-orbitaire du même côté. Depuis quatre ans ce malade a eu une dizaine de crises comitiales sans symptômes associés. Or MM. Brissaud et Lereboullet ont observé une autre malade présentant une hémi-hypertrophie cranienne droite absolument superposable à celle du premier sujet. Cette malade a succombé en présentant des signes nets de tumeur cérébrale (céphalée, vomissements, cécité), etc.

A l'autopsie en même temps que l'hypertrophie osseuse fronto-pariétale droite, on trouva une série de tumeurs duremériennes, dont une plus volumineuse naissant dans la fosse temporale ; les autres naissant principalement à la face interne de la dure-mère, dans la région même de l'hypertrophie cranienne. Toutes avaient les caractères hystologiques du sarcome angiolithique. On peut se demander si les crises convulsives du premier malade ne sont pas symptomatiques de productions analogues encore peu développés. Enfin il y a lieu de rapprocher ces deux faits d'hémicraniose de l'hémiatrophie faciale de Romberg, car ils représentent un processus de même ordre, mais inverse, dont sans doute, on retrouvera d'autres observations similaires.

Un cas de tabes ayant débuté cinquante ans après l'infection.

MM. DÉJERINE, CHIRAY ET CORNÉLIUS. Il s'agit d'un malade, âgé de soixante-sept ans, qui contracta la syphilis à seize ans. Depuis

deux ans, douleurs constrictives et fulgurantes dans les membres inférieurs. Actuellement, en plus des douleurs qui persistent, on constate une ulcération de la face inférieure du gros orteil gauche. Pas de troubles radiculaires de la sensibilité. Incoordination légère. Abolition des réflexes tendineux. Signe d'Argyll-Robertson. C'est donc un tabes à incubation extrêmement prolongée (cinquante ans) ; le fait n'a pas encore été signalé, les plus longues ne comprenant que trente années.

M. Raymond, a vu un officier ayant contracté la syphilis en Crimée lors de la campagne et dont le tabes a débuté quarante-cinq ans après.

M. Babinski, a vu un cas de tabes débuter en 1896 pour une syphilis prise en 1858, soit trente-huit ans après.

Maladie de Little sans lésions cérébrales.

M. Déjerine, a pratiqué dans sa carrière trois autopsies de sujets atteints du syndrome de Little. Un de ces sujets présentait les lésions cérébrales classiques. Un autre avait un encéphale complètement indemne et des lésions médullaires cervicales. Le dernier qui fait l'objet de la présente communication était un homme de soixante-cinq ans, fort intelligent atteint depuis sa naissance de rigidité spasmodique des quatre membres. La congénitalité du syndrome ne faisait pas de doute. Dans la famille on attribuait l'infirmité du malade à la rencontre faite par sa mère, enceinte de lui, d'un enfant raidi et paralysé des quatre membres. L'intelligence était intacte, il n'y avait aucun trouble moteur de la face, pas d'épilepsie, pas de troubles de la parole, rien du côté des sphincters, sensibilité normale. A l'autopsie, cerveau absolument intact; mais à la moelle double lésion avec altérations vasculuires intenses dans le troisième segment cervical, et avec agénésie du faisceau pyramidal pouvant être suivie jusque dans la région lombaire. Il y aurait donc des cas de la maladie dite de Little où la double lésion cérébrale ferait défaut. Le diagnostic différentiel (d'intérêt purement scientifique d'ailleurs) se ferait par l'intégrité de l'intelligence et de la face et par l'absence d'attaques épileptiformes Le cas actuel semblerait dû à une artérite syphilitique intra-utérine.

Une discussion s'engage entre MM. Raymond, Brissaud, Marie et Déjerine, concluant à conserver le nom de Little au seul syndrome et cela par simple habitude mais sans laisser à cette dénomination la valeur d'une entité morbide définie dans ses signes et dans ses lésions.

Paralysie associée des globes oculaires pour la latéralité.

MM. Raymond et Cestan, ont recueilli une 3e observation anatomo-clinique de paralysie des mouvements associés de latéralité

des globes oculaires. Dans ces trois cas le syndrome observé a consisté en cette paralysie sans strabisme interne, sans paralysie faciale nucléaire ou tronculaire associée à une hémiplégie alterne sensitive, à des troubles moteurs consistant non dans la perte de la force segmentaire mais en des troubles de la motilité tels qu'incoordination, asynergie, mouvements choreo-athéosique, tremblement intentionnel, dysarthrie spéciale, A l'autopsie on trouva un tubercule solitaire dans la calotte de la partie supérieure de la protubérance épargnant d'une part la voie pyramidale, d'autre part, les noyaux de la 3e et 4e paires. Les auteurs ne croient pas que la 4e paire en voie des fibres directs dans le tissu de la 3e paire, en outre, ils ont observé des altérations très particulières des olives bulbaires, vacuolisation, chromatolyse et vacuolisation des cellules, sclérose et demyélinisation d'une grande partie des fibres surtout de la capsule olivaire.

Pseudo-tabes spondylitique.

M. Babinski, présente deux malades atteints de raideur de la colonne vertébrale avec troubles des mouvements des membres inférieurs abolition des réflexes tendineux et douleurs lancinantes des membres inférieurs. Cette abolition des réflexes tendineux est due évidemment à l'altération des racines due à la compression de ces dernières dans les trous de conjugaison par les lésions de spondylite.

M. Marie, préfère le mot spondylosique au terme spondylitique ou spondylique. M. Babinski accepte d'ailleurs cette rectification.

Maladie de Dercum.

M. Dide, rapporte le cas et montre les photographies d'une femme de soixante ans, chez laquelle l'adipose douloureuse progressive à localisation nettement segmentaire débuta classiquement à la suite d'un traumatisme. Plus tard, apparurent des troubles mentaux sous la forme de catatonie agitée.

Réactions électriques des emboliques.

MM. Babinski et Delerme, ont recherché les réactions électriques dans divers cas d'embolies récentes des membres. La réaction de dégénérescence présente dans ces cas un type particulier que les auteurs comparent à la réaction musculaire *post-mortem.*

Les tics du cheval.

MM. Rudler et Chaumel ont étudié le « tic de l'ours » chez le cheval et l'ont identifié aux tics de l'homme. Les chevaux tiqueurs ont, comme les hommes tiqueurs, des tares physiques (asymétrie, etc.), et des stigmates psychiques de dégénérescence (manies,

peurs, etc.). Ils guérissent par les mêmes procédés que l'homme, isolément, rééducation, surveillance speciale.

Paralysie générale chez un Arabe.

MM. Scherb et Ben-Tobi (d'Alger) rappellent les communications antérieures où M. Scherb signalait l'extrême rareté de la paralysie générale et du tabes chez les indigènes d'Algérie et rapportent un cas de paralysie générale chez un arabe syphilitique, instruit et civilisé.

Note sur l'état des réflexes tendineux et des réactions électriques dans la maladie de Parkinson.

MM. Huet et Alquier. Chez douze malades, aux différents degrés de la maladie on a examiné l'état des réactions électriques : pas de modifications qualitatives : Lorsque la rigidité prédomine, sur certains muscles, ces derniers présentent le plus souvent, mais non toujours, une légère diminution de l'excitabilité faradique et galvanique, avec légère augmentation de la résistance, par comparaison avec les muscles moins malades. Ces modifications ne diffèrent pas sensiblement de ce qu'on trouve dans certaines hémiplégies avec contractures.

Les réflexes tendineux ont été trouvés, exagérés chez 26 malades (sur 27 examinés), une seule fois seulement, affaiblis. L'exagération est nette à toutes les périodes de la maladie. Toutefois chez certains malades, la percussion des tendons ne détermine pas de projection du membre, ce qui est dû tantôt au degré de la raideur, d'autres fois, à la contraction simultanée de tous les muscles d'un segment de membre. Deux fois on a observé le réflexe paradoxal. Le réflexe cutané plantaire a déterminé la flexion de l'orteil toutes les fois que celui-ci n'était pas complètement immobilisé par la raideur.

MM. Miraillé et Desclaux, envoient une communication sur la *participation des nerfs oculomoteurs dans les hémiplégies organiques des adultes.*

F. Boissier.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du mardi 29 mai 1903. — Présidence de M. Voisin

Le secret médical au point de vue psychologique.

M. Valentino. — Les modifications profondes apportées dans les idées sociologiques ne permettent plus de maintenir sous sa forme absolue le dogme du secret professionnel. Si la maladie ne

touche que le malade, le secret doit être gardé, c'est bien entendu, mais si elle intéresse toute une famille ou la société tout entière, pourquoi sacrifier la tranquillité de cette dernière à l'égoïste d'un individu ? D'ailleurs, il faut distinguer entre le secret médical et la discrétion médicale; il s'agit d'autoriser le médecin non pas à dévoiler sans motif les infirmités cachées de ses clients, mais à ne pas garder le secret lorsque l'intérêt d'une famille ou de la société l'exigent absolument.

M. Bérillon. — L'abolition du secret professionnel présenterait dans certains cas spéciaux, des avantages indéniables; mais il ne faut pas perdre de vue les nombreux inconvénients qui en résulteraient. En fait, dit-on, la loi a déjà, dans une certaine mesure, entamé le secret médical, en prescrivant la déclaration de certaines maladies contagieuses; il n'est pas sûr que la loi ait eu raison de le faire.

M. Hachet Souplet. — Les carnets médicaux qui tendent de plus en plus à se généraliser dans les familles pourraient, sans que le médecin manquât au secrer professionnel, éclairer ceux qu'il importe socialement de renseigner.

M. Jules Voisin. — Au double point de vue scientifique et social, ces carnets sont fort importants; mais ce n'est pas au médecin, c'est à la famille de les produire si elle le juge à propos. Le médecin, lui, ne doit rien dire, il doit garder le secret.

M. de Coynard. — Vouloir inscrire sur le dit carnet les tares familiales, c'est exercer sur les descendants une suggestion néfaste. Le fils d'un fou, par exemple, pourra être obsédé par la crainte perpétuelle d'un accès imminent d'aliénation.

M. Demonchy. — Dans la pratique courante, l'obligation du secret médical permet de se débarrasser des parents, des amis, des commères, des concierges, qui assaillent le médecin de questions indiscrètes au sujet du malade qu'il vient de visiter.

M. Paul Magnin. — Affranchis du secret professionnel, les médecins donneraient des conseils d'après leurs préférences et leur tournure d'esprit; ils jugeraient en tant qu'hommes et non plus en tant que savants; il en résulterait pour le public des vues contradictoires. Ainsi, tel de nos collègues autorise le mariage de ses syphilitiques après un certain nombre d'années de traitement, tandis que moi, par exemple, je l'interdis formellement.

M. Félix Regnault, — On attache trop d'importance au dogme de l'hérédité des maladies, lequel est en train de faire faillite. Si le mariage était interdit toutes les fois qu'il y a une tare quelconque dans la famille, y aurait-il un seul mariage possible, car quelle est la famille qui, de près ou de loin, ne comporte pas une tare quelconque ? Qui par exemple pourrait se flatter que, dans la série de ses ascendants, en remontant jusqu'au XVIe siècle, il n'y a pas eu un seul syphilitique.

M. Cazaux (d'Eaux-Bonnes). — Je ne crois pas qu'il faille ainsi faire bon marché de l'influence héréditaire. On n'hérite pas de la tuberculose au point de vue bactériologique? Soit, en tout cas l'enfant de parents tuberculeux naît tuberculisable, avec un terrain prédisposé.

La psychologie du somnoformisé

M. Paul Farez. — Le somnoforme (mélange titré de chlorure d'éthyle, de chlorure de méthyle et de bromure d'éthyle) procure une anesthésie qui n'implique pas nécessairement la suspension de toute vie psychique. Le sommeil somnoformique, au contraire, peut, sous certaines conditions, se montrer assez analogue du sommeil naturel; il peut comporter une vie psychique très intense avec hallucinations hypnagogiques et représentations oniriques; en outre, il se prête à l'évocation du subconscient, en particulier chez les malades qui ont des idées fixes, des phobies, des obsessions. Le somnoformisé n'est point fermé au monde extérieur; il est impressionné par la mise en jeu des diverses sensibilités; il est accessible à la suggestion vocale. La somnoformisation brise les résistances conscientes on inconscientes chez les sujets peu ou pas du tout hypnotisables; elle les rend aptes à être suggestionnés. Suivant les doses employées. on peut obtenir avec le somnoforme trois états psychologiques nettement tranchés : 1° L'hypernarcose, avec *inconscience* relative; 2° La narcose proprement dite, avec *subconscience* et quelques caractères qui permettent de la rapprocher des états seconds ou des états d'automatisme; 3° L'hyponarcose ou narcose subliminale avec *conscience*, hyperacuité auditive, hyperréceptivité centrale, exaltation de l'émotivité et de la suggestionnabilité. Suivant les sujets et suivant leur cas pathologique, c'est l'une ou l'autre de ces trois formes qui assure l'efficacité de la suggestion thérapeutique.

Obsession oculaire.

M. Bérillon. — Un homme, fort intelligent, qui exerce une profession libérale, s'aperçoit un beau matin, que sans raison appréciable, il louche de l'œil droit, Comme il y a, jadis, beaucoup souffert de la vue, il craint de voir persister ce strabisme, cause de fatigue pour ses yeux. Cette crainte devient une obsession ; plus il y pense, plus il louche, tantôt d'un œil, tantôt de l'autre. S'il est absorbé par une occupation, il ne louche plus; mais dès que revient l'idée de loucher, il a beau faire tous ses efforts pour la chasser, elle s'impose à lui et, plus il s'acharne à l'écarter, plus elle revient. Le matin, au réveil, ce n'est qu'à cela qu'il pense. Il craint pour sa vue; s'il était bien convaincu qu'il n'en résulte aucun danger pour ses yeux, il négligerait ce défaut sans importance, lequel ne

tarderait pas à s'effacer, lui semble-t-il. Contrairement aux tics ocdinaires qui se produisent sans qu'on y songe et que l'on peut empêcher en y songeant, se strabisme ne survient que quand notre malade malade y pense, pour disparaitre quand ce dernier est distrait. Au bout de quelques séances d'hypnotisme, notre malade voit son obsession diminuer; il a assez de volonté pour la repousser.

Le traitement de l'alcoolisme par la suggestion hypnotique.

M. Rybakoff (de Moscou). — J'ai traité par l'hypnotisme 58 alcooliques accidentels, 102 alcooliques habituels, 71 dipsomanes, 19 alcooliques à formes mélangées, en tout 250 hommes. Les alcooliques sont plus hypnotisables que beaucoup d'autres malades. Ceux qui ne présentent pas la prédisposition héréditaire guérissent beaucoup plus facilement que ceux qui présentent la dégénérescence psychique. La proportion de mes guérisons est de 45 p. 100.

L'hypnotisme et la psychothérapie en Russie.

M. Orlitzky (de Moscou). Il y a une vingtaine d'années l'hypnotisme thérapeutique était pratiqué en Russie par des magnétiseurs habiles qui formaient une caste à parl et se gardaient bien de divulguer la technique de leur art. Tokarsky, élève de Kogewnikoff fonda à Moscou un laboratoire de psychologie et se mit à étudier l'hypnotisme d'une manière scientifique à Saint-Pétersbourg, Bechterew multiplia les applications thérapeutiques de l'hypnotisme. Depuis la mort de Tokarsky, il s'est formé à Moscou. sur l'initiative de Rybakoff une société d'hypnologie analogue à celle de Paris et qui, vieille seulement d'un an, est en pleine prospérité.

La conscience et la conscience de soi.

M. Wijnaendts Francken (de Rotterdam). — La conscience n'est qu'une notion collective, une conception abstraite résultant de la somme des phénomènes conscients; elle varie d'étendue parce qu'elle exprime l'ensemble des fonctions psychiques qui sont en jeu à un moment donné. Il existe non pas une conscience absolue sans contenu, en soi, mais une série d'états conscients. Nous ne connaissons pas la conscience, mais seulement des phénomènes conscients. La conscience est une fonction ou un phénomène concomitant d'un petit nombre de processus dont l'organisme est le théâtre.

Relation de la profession religieuse avec les signes de dégénerescence.

M. Binet-Sanglé continue ses études sur les hiérosyncrotèmes familiaux, il y signale l'influence de l'hérédité manifestée par

certains signes de dégénérescence, en particulier la stérilité et la mort précocé. Il appuie ses affirmations sur l'étude de nombreuses descendances, en particulier celle de Karl II dit le Chauve, Edward dit l'ancien, Hugo dit le Grand et Jules François de Rohan.

M. Félix Regnault. — Parmi ceux qui embrassent l'état religieux, certains le font par simple intérêt, d'autres à la fois par intérêt et par croyance. d'autres enfin parce qu'ils ont une foi passionnée. Ces derniers sont, en effet, des sentimentaux, des exaltés, souvent des névropathes.

CONGRÈS DE MADRID

Avril 1903.

L'aptitude catatonique et l'aptitude echopraxique des tiqueurs. — Les exercices thérapeutiques de détente; par Henry Meige (de Paris).

L'examen d'un grand nombre de malades atteints de tics m'a conduit à faire quelques remarques cliniques, qui offrent un certain intérêt au point de vue de la pathogénie de ces accidents et qui peuvent être en même temps mises à profit pour leur traitement. Une première remarque est qu'un certain nombre de tiqueurs présentent une aptitude particulière à conserver les attitudes que l'on donne à leurs membres ou qu'ils prennent eux-mêmes. Il s'agit en somme d'une sorte de *catatonisme* fruste. Ce symptôme est parfois assez intense pour rendre la recherche des réflexes tendineux très difficile, et j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer des tiqueurs chez qui l'on pouvait croire les réflexes rotuliens abolis; il n'en était rien; un état de vigilance musculaire excessive et une exagération du tonus s'opposaient simplement à la manifestation du réflexe.

De la même façon, si l'on commande à ces malades de relâcher brusquement tel ou tel muscle, ils n'y parviennent souvent qu'après un temps assez long. Enfin, il arrive aussi parfois, qu'ils conservent sans s'en douter telle ou telle attitude segmentaire imprimée à leurs membres.

Une seconde remarque est la suivante : Les tiqueurs sont fréquemment enclins à répéter exagérément les mouvements imprimés à leurs membres. Ainsi, si l'on vient à agiter leurs bras plusieurs fois de suite, on peut suspendre cette mobilisation et voir cependant les mouvements continuer à se produire pendant un certain temps.

Ces malades présentent donc une *aptitude catatonique* et aussi une *aptitude échopraxique* notablement plus développées que chez les sujets sains. Je ne crois pas que l'on puisse considérer ces

phénomènes comme propres aux tiqueurs. On les observe, en effet, chez d'autres sujets, mais peut-être avec une moins grande fréquence. Leur constatation chez les tiqueurs est d'ailleurs facile à expliquer. Les phénomènes catatoniques ou échopraxiques sont par excellence des troubles psycho-moteurs, qui témoignent d'une insuffisance de l'intervention corticale. Ce sont des manifestations de cette *activité passive*, dont a parlé M. Brissaud à propos des aptitudes cataleptoïdes. Et nous savons que chez les tiqueurs, le contrôle de l'écorce fait fréquemment défaut. De la même façon qu'ils sont aptes à répéter automatiquement tel ou tel mouvement qu'ils ont pris l'habitude de faire, de la même façon ils sont aptes à conserver telle ou telle attitude. Ils ont surtout une aptitude particulière à prendre très rapidement des habitudes motrices. Chez eux, tous les caractères des actes fonctionnels peuvent être viciés ; la *répétition*, qui est un de ces caractères, se trouve fréquemment viciée par excès.

De ces constatations, on peut déduire une indication thérapeutique : Dans la discipline psycho-motrice, qui constitue la méthode de choix pour le traitement des tics, il faut faire une large part aux exercices qui ont pour but d'apprendre aux malades à obtenir instantanément, à volonté, le relâchement musculaire. J'ai obtenu des résultats très satisfaisants par l'emploi de ces *exercices thérapeutiques de détente*.

La discipline psycho-motrice ; par MM. Brissaud et Meige.

La discipline psycho-motrice est une méthode de traitement qui a pour but la correction des troubles moteurs. Elle tend à supprimer les actes automatiques intempestifs, et à les remplacer par des actes corrects, utiles, voulus et réfléchis. Pour parvenir à ce résultat, il ne suffit pas d'employer des exercices gymnastiques exécutés passivement par le malade. Il faut en outre exiger de celui-ci sa participation active dans l'exécution des actes commandés : l'écorce cérébrale du sujet doit intervenir à tout instant.

La discipline psycho-motrice peut corriger les mouvements habituels excessifs ou intempestifs, les attitudes et les immobilisations vicieuses. Elle trouve donc ses applications dans un grand nombre de maladies. Les auteurs l'ont employée avec succès dans toutes les variétés de *tics*, tics du visage ou tics des membres. Elle n'est pas moins utile pour les affections qualifiées de *crampes fonctionnelles*. Dans les troubles du langage, tels que le *bégaiement*, elle a donné aussi d'excellents résultats.

La discipline psycho-motrice est appelée à rendre service aux *ataxiques*. Il ne suffit pas, en effet, d'enseigner à ces malades une série d'exercices méthodiques ; il est nécessaire d'exiger d'eux une participation active à leur exécution, ils doivent en comprendre le but et en connaître la portée.

La même méthode est applicable aux sujets atteints d'affections paralytiques. Rien ne saurait être plus préjudiciable pour un hémiplégique ou un paraplégique que de se confiner au lit. Il faut lui enseigner une foule de mouvements, que souvent il se croit incapable de faire, tandis qu'en réalité, il arrive à les exécuter après un certain temps d'entraînement.

Un grand nombre d'*impotences musculaires* ne sont souvent que des *ignorances musculaires*. C'est en donnant aux malades l'éducation qui leur fait défaut que l'on arrive à corriger la plupart de ces accidents.

La discipline psycho-motrice n'est pas moins profitable aux sujets, qui, par suite d'un trouble mental, se croient dans l'impossibilité d'exécuter certains actes, ou, inversement, se croient obligés de répéter continuellement certains autres. Les *obsédés moteurs* en bénéficient largement. La discipline psycho-motrice est donc à la fois une éducation de l'esprit et du mouvement, de l'idée et de l'acte. Elle tend à supprimer les habitudes nuisibles et à instaurer des habitudes utiles ; elle vise à la suppression de l'automatisme, lorsqu'il est préjudiciable, et à son remplacement par des actes normaux volontaires et réfléchis. Elle est basée, comme toutes les éducations, sur la répétition des mêmes actes moteurs ; mais elle exige aussi la répétition des efforts volontaires du sujet en vue d'exécuter l'acte prescrit. Lorsque le médecin peut obtenir du malade sa part de *collaboration active*, on peut toujours espérer les meilleurs résultats de ce mode de traitement.

Recherches expérimentales sur les localisations motrices spinales ; par MM. E. Brissaud et A. Bauer.

Depuis quelques années les localisations motrices spinales ont été mises à l'ordre du jour par une série de recherches anatomo-pathologiques et expérimentales. A la suite de ces travaux, diverses opinions, qui d'ailleurs ne s'excluent pas toutes, se sont fait jour : les localisations motrices médullaires sont pour les uns musculaires (Nano), pour d'autres nerveuses (Marinesco), radiculaires (Déjerine), fonctionnelles (Marinesco, Parhon et Goldstein, de Buck), pour d'autres enfin segmentaires (Van Gehuchten et son école).

Nous avons cherché à vérifier cette dernière opinion en pratiquant, sur les pattes postérieures de têtards, des amputations unilatérales de segments plus ou moins étendus, et en examinant le renflement lombaire de ces animaux, de dix jours à dix mois après amputation.

Voici les conclusions de nos recherches : 1° A la suite d'amputation sur le membre inférieur, intéressant tout ou partie de ce membre, des lésions apparaissent dans la moelle épinière. —

2° l'apparition des lésions a lieu quelques jours après l'amputation; la présence de certaines d'entre elles a été constatée dix mois après l'amputation. — 3° ces lésions comportent des modifications de la substance grise et de la substance blanche. — 4° les lésions de la substance blanche paraissent consister en une atrophie totale de la moitié de la moelle correspondant au côté de l'amputation.

5° L'étendue de l'atrophie, en hauteur et en largeur, dépend surtout de l'étendue du segment amputé; mais l'âge de l'amputé et surtout l'absence de régénération ou le volume de la régénération lorsqu'elle existe, entrent en ligne de compte. Il n'y a pas, en apparence au moins, de lésions profondes de structure; l'état de la moelle encore très rudimentaire chez nos têtards et nos grenouilles, ne comporte pas d'ailleurs de profondes modifications de structure. Tout paraît se limiter à une diminution du nombre des voies conductrices et anastomotiques intra-spinales.

6° Les lésions de la substance grise semblent à peu près localisées dans les cornes antérieures. Elles consistent en une dégénération assez spéciales des grandes cellules motrices; il s'agit dans la grande majorité des cas d'une dégénération atrophiante qui entraîne la disparition progressive d'une partie plus ou moins étendue du protoplasma cellulaire, souvent de toute une moitié d'un fuseau cellulaire. Le noyau, seul, peut rester fort longtemps comme dernier vestige de la cellule motrice.

7° Ces altérations de la corne antérieure n'intéressent pas en général la totalité des éléments. Il y a dans la corne malade, un certain nombre d'éléments presque normaux, quoique d'une façon habituelle les éléments du côté amputé soient plus petits. De tous les éléments qui subsistent, les plus constants et les plus rapprochés de l'état normal sont ceux de la partie interne de la corne. Les éléments les plus gravement atteints sont ceux de la partie externe.

8° Dans la partie externe, quels sont les éléments qui sont pris? Sans qu'il soit possible d'affirmer l'existence de noyaux distincts dans toutes les moelles, noyaux parmi lesquels on soit en mesure de se repérer, il y a cependant une disposition générale de la lésion atrophiante que l'on retrouve très communément et qui consiste en ce qui suit : lors d'amputation du tarse les altérations s'étendent du milieu du segment compris entre les XI et X racines à la partie moyenne ou supérieure du segment compris entre les X et IX racines. Sur cette hauteur, les altérations occupent successivement, de bas en haut, toute la colonne motrice latérale, sur une très petite étendue, puis sa partie externe, et enfin sa partie postéro-externe seulement. Lors d'amputation de jambe, les altérations s'élèvent jusqu'au tiers moyen du segment compris entre IX et VIII. Elles occupent successivement de bas en haut d'abord

toute la colonne motrice latérale sur une hauteur un peu plus étendue que lors d'amputation du pied, puis la partie externe et médiane de la colonne cellulaire, enfin sa partie postéro-externe. Lors d'amputation de cuisse, les altérations s'élèvent jusque vers VIII ; elles occupent toute la colonne motrice latérale jusque vers le milieu du segment compris entre X et IX, puis successivement les parties externes et postéro-externe de cette colonne cellulaire.

9° Il résulte de là qu'à chaque segment du membre inférieur répond, au niveau du renflement lombaire, un groupe plus ou moins limité de cellules radiculaires. Ces groupes semblent s'imbriquer en se superposant, le groupe inférieur tendant toujours à se placer en dehors et en arrière du groupe sus-jacent. — 10° Le volume des racines semble un peu diminué, au niveau des altérations. Les ganglions des racines postérieures sont d'apparence normale. — 11° Il existe des relations certainement très importantes entre l'état de la moelle et l'apparition des régénérations. Nous nous proposons de préciser ces rapports dans un travail ultérieur.

L'Assistance et l'Éducation des Enfants anormaux au point de vue sociologique ; par le Dr Courjon, Directeur de l'Etablissement médical de Meyzieux (Isère).

Si la question de la responsabilité des dégénérés est intéressante à étudier au point de vue psychologique, il peut être intéressant également de la considérer au point de vue sociologique. « Quelle que soit la responsabilité personnelle des dégénérés, qu'elle soit entière, atténuée ou nulle, dans les crimes ou délits qu'ils peuvent commettre, ils ont un complice pleinement responsable : La Société. » La Société qui n'a pas su ou voulu se protéger contre eux et leur enlever dans la mesure du possible les moyens de nuire. Suivant les différentes catégories de dégénérés, les moyens à employer pour arriver à ce but peuvent différer. Je ne m'occupe ici que des malades qui, dès l'enfance, ont donné des marques de dégénérescence ; de ces malades qui, au début de leur vie, sont des *Enfants anormaux*.

Pour se protéger contre les écarts possibles de ces enfants, soit dans leur jeune âge, soit dans l'âge adulte, il convient — ce sont des malades — de chercher à les guérir ou tout au moins à améliorer leur état. Il convient de les soumettre à ce que notre éminent confrère Bourneville a appelé le *Traitement Médico-Pédagogique*.

Au Congrès de l'*Association française pour l'avancement des Sciences*, tenu à Ajaccio en septembre 1901, je me suis placé sur le terrain purement français, puisque je m'adressais à un Congrès national. Et j'ai eu la satisfaction de pouvoir constater que ma parole avait porté quelque peu, puisqu'un mouvement en

faveur de l'assistance et de l'éducation des enfants anormaux se dessine nettement dans notre région lyonnaise et puisque l'annexe médico-pédagogique que nous avons créée à côté de notre établissement médical reçoit chaque jour de nouvelles preuves d'intérêt et de sympathie.

Puisqu'il y a malheureusement des enfants anormaux dans tous les pays, la quesion méritait d'être posée dans un *Congrès international* ; je viens de la soulever ; il reste à la traiter, et je serais heureux de la voir porter officiellement à l'ordre du jour d'un prochain congrès international.

Ce désir étant exprimé, il me reste à conclure, en disant que, tant que tous les enfants anormaux ne recevront pas les soins médico-pédagogiques qui leur sont indispensables, lorsque l'un d'eux, accusé d'avoir violé l'une des lois qui constituent le contrat social comparaîtra devant les juges, son défenseur répondant au ministère public, organe de la Société, pourra dire : « Oui, mon client est coupable, il est coupable de n'avoir pas reçu de la Société qui l'accuse les soins que cette société avait le devoir étroit de lui assurer, — et s'il est ici aujourd'hui, c'est faute d'avoir reçu ces soins qui auraient transformé sa mentalité : au nom de tous les frères d'infortune de la victime pour laquelle je plaide, je me transforme en accusateur. et je demande la condamnation d'une Société qui, pouvant empêcher un homme de devenir criminel, ne l'a point fait. » Le Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, lors de son XIIe Congrès, tenu à Grenoble en août 1902, adoptait, sur la proposition du Dr Larrivé, les vœux suivants, que je vous propose d'adopter à votre tour : Le Congrès émet le vœu :

1° Que l'assistance et l'Education soient rendues obligatoires pour les enfants anormaux. 3° Que les pouvoirs publics votent les crédits utiles pour la création d'asiles-écoles régionaux. 3° Que transitoirement, les enfants anormaux pauvres soient placés par les pouvoirs publics dans les asiles-écoles privés existant actuellement.

Discussion du rapport « Etiologie et thérapeutique, psychiques » ; par M. Henry Meige (de Paris).

Il n'est pas nécessaire de supposer l'existence constante d'un poison pour expliquer les accidents consécutifs à une émotion. On a peut-être trop étendu le rôle de l'auto-intoxication. Des phénomènes tels que la glycosurie, les hémorragies cutanées, peuvent se produire sans l'intervention d'une toxine, simplement par suite d'un trouble fonctionnel des centres nerveux. La répétition de ces accidents peut être également le fait d'une *habitude fonctionnelle*, en l'absence de toute espèce d'intoxication.

Pour ce qui est de la thérapeutique psychique, son utilité ne

saurait être contestable. Assurément, cette thérapeutique ne se base pas sur des formules préétablies : elle varie suivant les sujets. La meilleure psychothérapie est constituée par des conseils bien compris et bien appliqués par les malades. Il ne s'agit pas de commander impérieusement, mais de se faire bien comprendre. C'est la volonté et la raison des malades eux-mêmes qui doivent les conduire à exécuter les prescriptions qui leur sont profitables. En cela se résume toutes les vertus de la suggestion.

Discussion du rapport « Etude clinique de l'agnoscie et de l'asymbolie »; par M. Henry Meige (de Paris).

Je désire simplement, à l'occasion de ce rapport, faire part de quelques remarques qui m'ont été suggérées par l'étude clinique des tics que je poursuis depuis une dizaine d'années. Rien n'est plus fréquent que de constater chez les tiqueurs une imperfection de la notion des attitudes. Il est même habituel de voir ces malades adopter des attitudes anormales de tel ou tel segment de leur corps, et lorsqu'on attire leur attention sur ces anomalies, ils déclarent ne les avoir jamais remarquées; bien plus, ils éprouvent une grande difficulté à les corriger. Il semble qu'ils ignorent l'acte musculaire nécessaire pour opérer cette correction. Cependant, lorsqu'on le leur a enseigné, ils arrivent après une série d'efforts à corriger leurs fautes.

Comme il n'existe chez eux aucun trouble sensitif, superficiel ou profond, capable d'expliquer ce phénomène, on est conduit à supposer qu'il en est de leurs attitudes vicieuses comme de leurs mouvements convulsifs : ce sont des troubles *psycho-moteurs*, les uns permanents, les autres intermittents, qui témoignent certainement d'une insuffisance des interventions corticales. La correction de ces accidents se fait facilement à l'aide du traitement par le contrôle du miroir, dont j'ai déjà signalé les bons résultats.

La médecine au musée du Prado; par M. Henry Meige (de Paris).

M. Henry Meige a fait une étude critique des tableaux du musée du Prado, qui présentent un intérêt médical. Il s'est attaché à montrer comment les artistes, en copiant fidèlement la nature, ont parfois représenté avec exactitude des caractères pathologiques, qui peuvent permettre aux médecins de faire des diagnostics rétrospectifs.

Les œuvres de Velasquez fournissent une ample matière à ce genre de critique. Velasquez a fait le portrait d'un certain nombre de nains et de bouffons, où il est possible de reconnaître les traces d'affections morbides aujourd'hui bien connues ; les uns sont des rachitiques, les autres des achondroplasiques. Il existe aussi des portraits d'idiots, où Velasquez a reproduit très exactement les stigmates physiques de l'idiotie et de la dégénérescence.

Un bouffon de Charles-Quint, peint par Antonio Moro, est un type remarquable d'hémiplégique, dont la main droite est contracturée. L'auteur cite encore une naine obèse, de Carréno de Miranda, et un goitreux de E. Marsh, un éléphantiasis du nez attribué à Holbein, rappelant le vieillard de Ghirlandajo, du musée du Louvre.

Après les difformités, M. Henry Meige étudie les peintures représentant des scènes médicales. Tout d'abord, le tableau de Murillo, de l'Académie Saint-Ferdinand, représentant la reine sainte Elisabeth de Hongrie soignant les teigneux, où l'on voit plusieurs enfants dont les têtes sont couvertes de plaques teigneuses très fidèlement rendues. Viennent ensuite les opérations figurées par les peintres flamands et hollandais du xve au xviie siècles, un Arracheur de dents de Théodore Rombouts, deux tableaux de Téniers le Jeune représentant une opération sur la tête et une opération sur le pied. Enfin, deux curieuses peintures, l'une de Jérôme Bosch, l'autre de van Hemessem, représentant la supercherie chirurgicale connue sous le nom d'opération des « pierres de tête », dont M. Henry Meige a fait autrefois une étude documentée.

L'auteur, qui a poursuivi ses recherches dans toutes les collections d'Europe, établit des comparaisons entre les peintures du Prado et celles des autres galeries. Cette étude montre bien l'intérêt tout spécial que le médecin peut prendre à l'examen des œuvres d'art ; elle montre, en outre, le parti que la critique d'art peut tirer des connaissances médicales. Elle conduit à cette conclusion, que les peintres les plus célèbres sont justement ceux qui ont reproduit le plus fidèlement la nature, même dans ses difformités.

BIBLIOGRAPHIE.

REVUE DES THÈSES DE BORDEAUX 1902

Par le Dr de Perry

I. *Des paralysies périphériques d'origine ourlienne* ; par Auguste Lacroix.

Les oreillons sont susceptibles de se compliquer de paralysie, même dans les cas bénins. Cette paralysie, qui est tantôt diffuse, généralisée, tantôt localisée, a pour caractère d'être flasque, sans raideur, ni contracture et reconnaît comme origine une névrite toxi-infectieuse. Ces paralysies ourliennes, susceptibles de guérison, ont une importance médico-légale à signaler surtout dans les milieux militaires.

II. *Dégénérescence et mysticisme*; par Gabriel Cloitre.

Rien n'est plus fréquent que de rencontrer associés la dégénérescence et le mysticisme. Mais le délire mystique des dégénérés diffère complètement de la folie religieuse systématisée; ce délire au contraire se rapproche morphologiquement, par ses hallucinations variées, du délire hystérique. L'auteur aborde enfin l'étude médico-légale de la question et traite rapidement la thérapeutique et la prophylactique.

III. *Hystérie et maladies gynécologiques*; par le Dr Dupin-Dulau.

L'hystérie peut à elle seule simuler des lésions d'ordre chirurgical sans lésion anatomique, ayant leur point de départ dans l'état mental particulier des hystériques. Les simulations hystériques des organes génitaux de la femme sont fréquentes et constituent des névralgies pelviennes, des tumeurs fantômes, des pseudo-péritonites. Une fois le diagnostic posé, l'intervention chirurgicale ne doit être qu'un moyen de suggestion.

Les lésions organiques et l'hystérie peuvent aussi évoluer parallèlement chez la femme, formant ainsi des associations hystéro-organiques. Ces associations peuvent être méconnues, soit que les phénomènes hystériques occupent le premier plan et masquent ainsi l'affection concomitante, soit que celle-ci au contraire, absorbe complètement, au détriment de l'hystérie, l'attention de l'observateur. En supposant les deux facteurs connus, il est difficile d'assigner des bornes précises à l'H et à la lésion.

Au point de vue du traitement chirurgical il faut se tenir dans une réserve armée, et ne se laisser guider dans une intervention sanglante que par la gravité des lésions.

IV. *L'état mental chez les blennorrhagiques;* par le Dr Ducasse.

La blennorrhagie que l'on doit étudier comme une maladie générale, peut, en outre des accidents polymorphes qu'elle occasionne, déterminer des accidents cérébraux. Mais ce qu'il y a de fort intéressant c'est l'état mental des individus atteints de cette affection.

Cet état mental, le plus fréquemment observé, semble ordinairement appartenir à la neurasthénie psycho-génitale mélancolique ou hypocondriaque. On peut l'attribuer, en dehors de l'hérédité névropathique : 1° Au choc moral, résultant des préoccupations nées de la blennorrhagie; 2° A l'infection générale de l'organisme par le microbe spécifique et ses toxines; 3° A la localisation plus particulière sur le cerveau, de cette infection.

V. *Contribution à l'étude clinique et médico-légale de la folie systématisée progressive*; par le Dr Letourneux.

Après avoir défini, d'après Régis, la folie systématisée qui est

une folie chronique essentielle, caractérisée par des hallucinations sensorielles et par un délire aboutissant en dernier lieu à la transformation de la personnalité, l'auteur aborde le côté médico-légal. Il démontre que les aliénés sont d'autant plus dangereux que leur délire est plus ignoré. L'auteur conclut qu'il est souvent impossible de prévoir à l'avance qu'un aliéné, jusque là considéré comme inoffensif, puisse devenir un jour capable d'attenter à la vie des personnes.

VI. *Traumatisme et tabes;* par le Dr Gauraud.

Il résulte des recherches de l'auteur qu'il existe des cas de tabes où, malgré les plus minutieuses recherches, on ne peut déceler un autre facteur étiologique que le traumatisme, et qu'il existe cliniquement un tabes traumatique. Par les observations relatées dans ce travail il ressort que le traumatisme peut suffire à produire le tabes. Quant au trauma survenant au cours du tabes, il en influencera directement en l'aggravant, l'évolution des phénomènes sensitifs, moteurs ou trophiques.

VII. *Le mensonge chez la femme hystérique*; par le Dr Richard.

La femme hystérique a une tendance très marquée à parler contre la vérité. Mais peut-on inférer de cela qu'elle mente véritablement? Souvent il y a dans son cas une simple erreur, c'est-à-dire un pseudo-mensonge. La connaissance et l'étude approfondie de l'onirisme, a permis de se rendre compte que ces pseudo-mensonges sont dus aux hallucinations de l'attaque, ou à des rêves nocturnes, à des troubles de la conscience, de la mémoire et de la personnalité. En dehors de ces faits l'hystérique peut réellement mentir, mais ordinairement ses mensonges relèvent de sa maladie.

On conçoit que les mensonges hystériques aient des conséquences fort graves pour ceux contre lesquels ils sont faits. Aussi en justice le témoignage des hystériques ne peut avoir qu'une valeur relative.

VIII. *La tête limousine;* par le Dr Freysselinard.

Etude intéressante dont il faut retenir cette conclusion de l'auteur, que les déformations artificielles, caractéristique de la tête limousine, sont sans conséquence sur l'état mental de ceux qui en sont atteints.

IX. *Du tétanos gynécologique*; par le Dr Mazimel.

X. *De l'anxiété*; par le Dr Girard.

L'anxiété est, pour l'auteur, une réaction instinctive, indépendante de la volonté, qui se manifeste sous l'influence de circonstances extérieures diverses. Cette réaction se traduit par des

désordres physiques, palpitations, nausées, dyspnée, vertiges, etc. et par des désordres psychiques, inattention, irréflexion, aboulie, etc.

L'anxiété est physiologique ou pathologique. Elle intervient dans certaines maladies telles que l'angine de poitrine, l'asthme, etc. et dans plusieurs névroses ou psychoses, par exemple, dans la neurasthénie, l'hystérie, l'épilepsie, etc. Elle est aussi le symptôme fondamental et primordial de la mélancolie anxieuse.

Il y a lieu, dit l'auteur, de séparer de la neurasthénie un syndrôme morbide autonome que Freud a appelé névrose d'angoisse. Cette névrose représente une maladie primitive de l'émotivité, constituant un terrain éminemment propre au développement des phobies.

Le traitement doit porter, d'une part, sur les troubles somatiques et d'autre part sur les désordres psychiques, soit par le moyen de la suggestion, soit par des exercices d'accoutumance accomplis par le malade à son insu.

XI. *De la surdi-cécité et des moyens employés pour communiquer avec les personnes atteintes de surdi-cécité;* par le Dr Robin.

La surdi-cécité peut se rencontrer dans l'hystérie : cette affection est simplement simultanée et transitoire; elle disparaît sans laisser de traces.

Dans le tabes au contraire, la surdi-cécité est caractérisée par une atrophie des nerfs optiques et acoustiques. Cette double modalité n'apparaît pas simultanément, la cécité débute la première puis vient la surdité, qui suivent une marche progressive et fatale.

Dans d'autres cas, dus à une double suppuration des yeux et des oreilles, à la suite de fièvres éruptives, à la perte de la vue ou de l'ouïe, chez des sourds ou des aveugles, l'on rencontre encore la surdi-cécité.

Il était utile de rechercher les différents procédés pour communiquer avec ces malades. Les meilleurs jusqu'ici semblent être l'écriture passive (mouvements imprimés passivement à la main droite du malade), et l'écriture dermographique, c'est-à-dire le tracé des caractères graphiques dans le creux de la main ou sur toute autre partie sensible du corps du malade.

VARIA.

Treizième congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française

Bruxelles, 1er août 1903.

Les Compagnies françaises des Chemins de fer d'Orléans, de l'Etat, du Midi, du P. L. M., du Nord, de l'Ouest et de l'Est accor-

dent *aux membres* du Congrès une réduction de 50 p. 100. Afin de faire bénéficier de cette réduction les dames, les étudiants et les personnes quelconques accompagnant les congressistes, nous avons décidé d'admettre les personnes susdites comme *membres associés*. Les membres associés paieront une cotisation de 10 francs et jouiront de tous les avantages accordés aux membres titulaires, tels que : réductions sur les chemins de fer, excursions, réceptions, etc. Les adhérents qui désirent profiter de cette combinaison doivent indiquer combien de personnes les accompagneront. Pour le comité : Le Secrétaire général, Dr Crocq.

Assistance des enfants idiots

L'enfant martyr de la Petite-Marie (près Nogent-le-Rotrou). — Nous avons déjà parlé de ce petit martyr, Henri Jousselin, qui paraît avoir souffert surtout du manque de soins et qui est actuellement à l'hôpital de Nogent-le-Rotrou.

L'enfant est sourd et muet, probablement de naissance; il a l'air à peu près *idiot*; les membres ne sont pas plus gros que ceux d'un enfant de trois à quatre ans; la tête a une grosseur anormale. Il ne peut pas marcher, n'ayant jamais été habitué à se tenir sur ses jambes. Les sœurs ont essayé de lui faire faire quelques pas; il vacille comme un bébé.

Il n'y a aucun renseignement à tirer de la mère qui est dénuée de raison; elle n'est en aucune façon responsable. Le père a reconnu qu'il laissait son fils Henri et sa femme sans argent et presque sans nourriture. Il a déclaré que, sa femme ne s'occupant pas de son fils en raison de son état d'imbécillité, il ne pouvait remplacer la mère de famille, qu'il n'avait pas assez d'énergie pour réagir contre tout cela. Neuf des enfants des époux Jousselin sont morts en bas-âge. Les voisins ont déclaré qu'ils avaient été délaissés comme le petit Henri (*Le Matin*, 2 août).

Suicide d'une fillette de huit ans (*Obozrénié psichiatrii*, IV, 1899). — Il s'agit, dit M. Lebediew, de la fillette d'un cordonnier qui chargée d'un petit achat, perd en route une piécette d'argent de cinq copeks (15 centimes). Epouvantée, elle s'en revient chez elle où elle est légèrement corrigée par sa mère qui la menace d'un châtiment ultérieur et la renvoie à la recherche de l'argent. Ne le trouvant pas, elle ne trouve d'autre issue à cette situation désespérée que de se noyer. Ses parents la représentent comme étant d'un caractère égal et calme, plus triste que gaie, très aimée : c'était l'aînée de trois enfants. D'après les voisins, elle était souvent déprimée. Elle a donc perdu la tête. P. Keraval.

Ces faits, concernant des idiots, imbéciles, arriérés, s'ajoutent aux anciens, très nombreux; ils montrent la nécessité

de l'assistance de ces malheureux. Hospitalisés de bonne heure, soignés, éduqués, ils auraient pu être améliorés ou guéris, au lieu de constituer des non-valeurs et d'augmenter, comme les idiotes engrossées, les charges de la société. B.

SINGULIER MANIAQUE.

Un Don Juan sur le retour. — Plus de trente victimes. — En pantoufles!. — Mlle A. M..., vendeuse dans un grand magasin du quartier de l'Opéra, avait suivi, l'autre soir, dans un hôtel meublé de la rue Nollet, un vieux monsieur en veine de galanterie. Le Don Juan avait promis de payer à sa conquête un costume tailleur; mais quand la jeune fille, qui s'était endormie, se réveilla, elle constata que son compagnon avait disparu et qu'il avait emporté ses bas et ses bottines, si bien qu'elle dut, pour sortir, emprunter une paire de pantoufles.

Elle conta sa mésaventure à ses camarades et apprit que pareille infortune était arrivée à plusieurs d'entre elles. Elle jura de se venger. Accompagnée d'une amie, elle chercha le vieux monsieur et le trouva aux environs de la gare Saint-Lazare. L'amie n'eut pas de peine à faire la conquête du sénile don Juan; elle l'emmena rue des Batignolles et le fit arrêter par des agents.

Conduit devant M. Rouffaut, commissaire de police des Batignolles, l'individu déclara se nommer Paul V..., cinquante-cinq ans, rue de Miromesnil. Il avoua qu'il ne pouvait se retenir de prendre à ses maîtresses leurs bas et leurs chaussures.

Le singulier maniaque a largement dédommagé Mlle M..., qui a retiré sa plainte.

Le nombre des jeunes femmes victimes de Paul V... dépasse la trentaine. (*Journal*, 24 avril 1903.)

FAITS DIVERS.

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Nominations et promotions* (mai). — M. CROUSTEL, médecin adjoint à Quimper, nommé à l'asile de Lesvellec (Morbihan). — M. le Dr POCHON, médecin adjoint à Lesvellec, nommé à Rouen en remplacement du Dr Hamel, nommé directeur-médecin à Auxerre. — M. le Dr SIMON, 3e du concours d'adjuvat, nommé médecin adjoint à Dury (Somme) en remplacement du Dr Musin, nommé médecin adjoint à Châlons (Marne). — M. le Dr LAGRIFFE, 4e du concours d'adjuvat, est nommé médecin adjoint à Quimper. — M. le Dr MUSIN, médecin adjoint à Dury (Somme),

nommé médecin adjoint à Châlons-sur-Marne. — M. le Dr Roques de Fursac, médecin adjoint à Clermont (Oise), promu à la 1re classe du cadre. — M. le Dr Thivet, médecin en chef à Clermont (Oise), promu à la 2e classe du cadre. — M. le Dr Aubry, 5e du concours d'adjuvat, nommé médecin adjoint à la Charité (Nièvre), en remplacement du Dr Bourdin. — M. le Dr Ricoux, médecin adjoint à Fains (Meuse), promu à la 2e classe du cadre à partir du 1er juillet 1903. — M. le Dr Briche, médecin adjoint à Saint-Venant (Pas-de-Calais), promu à la classe exceptionnelle du cadre. — M. le Dr Broquère, directeur médecin à l'asile de la Roche-Gandon (Mayenne) promu à la classe exceptionnelle du cadre.

Distinction honorifique. — M. le Dr Chevalier-Lavaur, directeur-médecin à l'asile d'aliénés d'Auch (Gers), est nommé officier d'académie.

Homicide par un adolescent. — Une dépêche de Berlin, reproduite par le *Daily Express*, raconte le drame effrayant que voici : La baronne Nagel, connue au théâtre sous le nom d'Anna Gustnagel, a été assassinée à Odessa par un enfant de quatorze ans. Le frère aîné de cet enfant, amoureux de la chanteuse, faisait des folies pour elle et dépensait sans compter pour satisfaire ses caprices. L'enfant supplia son frère à plusieurs reprises de quitter l'actrice, entre les mains de laquelle il voyait fondre la fortune paternelle, en même temps que le nom était déshonoré. Le frère aîné ne voulant pas se rendre à ces raisons, l'enfant assassina la baronne, qui a été trouvée morte dans sa chambre, portant au cou des traces de strangulation. Le précoce meurtrier s'est ensuite pendu à un clou, dans la chambre de sa victime.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Bellat (A.). — *Rapport sur l'asile public d'aliénés de Breuty.* In-8° de 58 pages. Imp. Charantaise. Angoulême.

Bernheim. — *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie avec considérations nouvelles sur l'hystérie.* 1 vol. in-8° de 700 pages. Librairie Doin, 8, place de l'Odéon. Prix : 10 francs.

De Faolekovic-Kapolna (Ema). — *La paralysie générale peut-elle être distinguée anatomiquement de la syphilis cérébrale diffuse?* (Thèse). In-8° de 54 pages. Lausanne. 1903.

Faure (Maurice). — *Résultats de la rééducation dans le traitement des troubles du mouvement.* In-8° de 36 pages. Librairie Doin, 8, place de l'Odéon. Prix : 1 fr.

KOWALEVSKY (Paul). — *Psychopathologie légale générale*. t. II. 1 vol. de 332 pages. Librairie Vigot, frères, 23, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 6 francs.

RAYMOND (F.). — *Leçons sur les maladies du système nerveux* (1900-1901). 1 vol. in-8° de 650 pages. Librairie Doin, 8, place de l'Odéon. Prix : 16 francs.

VON SARBO (Arthur). — *Der achillessehnenreflex und seine klinische Bedentung*. 1 vol. in-8° de 44 pages. Verlay von S. Karger. Berlin.

SLEESWK (R). — *Der Kampf des tierischen « organismus » mit der pflanzlichen « Zelle »*. In-8° de 140 pages. Amsterdam.

ZOLA. — *La crise agricole*. 1 vol. in-8° de 244 pages. Librairie C. Naud, 3, rue Racine. Prix : 5 francs.

Revue philosophique de juin 1903. — Sommaire de la *Revue philoosphiqne*, n° de juin 1903 (28° année) : A. LANDRY. L'imitation dans les beaux-arts. — A. SCHINZ. Esquisse d'une philosophie des conventions sociales. — Baron Ch. MOURRE. La volonté dans le rêve (2° et dernier article). — E. BLUM. Le mouvement pédalogique et pédagogique. — Analyses et comptes-rendus. — Revue des périodiques étrangers. — Livres nouveaux. — Table des matières. — Abonnement, du 1er janvier : Un an, Paris, 30 fr. ; départements et étranger, 33 fr. La livraison : 3 fr. Librairie Félix ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du* 1er *JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 Juillet.** *Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.

— *Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des* **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **28 francs** *pour la France et* **30 francs** *pour l'Étranger.*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. HÉRISSEY, imp. — 7-1903.

Vol. XVI. Août 1903. N° 92.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

RECUEIL DE FAITS.

Fin de l'histoire d'un idiot myxœdémateux ;

PAR BOURNEVILLE

Il s'agit d'un idiot myxœdémateux dont nous avons déjà entretenu deux fois nos lecteurs. En 1889, nous avons donné son observation complète, antécédents et descriptions détaillée ; en 1896, dans une communication au *Congrès des aliénistes et neurologistes* de Bordeaux, nous avons exposé les effets, chez lui, du *traitement thyroïdien*. Le malade qui était un type, aussi *caractéristique* que possible, de *myxœdème infantile*, a succombé le 18 février 1902. Après avoir reproduit le sommaire de son observation, nous allons résumer les particularités notées de 1896 à sa mort, donner les résultats de son *autopsie*, la description de son *squelette*, l'*analyse chimique* de sa peau et l'*examen histologique* de son cerveau.

SOMMAIRE. — *Père tuberculeux* (?). — *Oncle maternel paralysé, aliéné et sujet probablement à des accès d'épilepsie. — Frère et sœur morts tuberculeux. — Sœur strabique à la suite de convulsions de l'enfance, morte tuberculeuse.*

Renseignements imcomplets sur les antécédents du malade. — Marche à dix-huit mois. — Propre de bonne heure. — Arrêt de développement du corps ; bouffissure et épaississement de la peau à partir de trois ans.

Etat du malade le 1er février 1890. — Lésions scrofuleuses et rachitiques.

Absence de la glande thyroïde ; symptômes classiques de l'idiotie myxœdémateuse : pseudo-lipomes ; persistance de la fontanelle antérieure ; hernie ombilicale ; eczéma ; arrêt de développement physique et intellectuel ; parole très lente ; voix aigre, etc.

1893-1894. *Julep avec extrait de glande thyroïde et injections sous-cutanées de liquide thyroïdien : résultats négatifs.*

1895. *Injection stomacale de glande thyroïde de mouton. — Amlioration : Elévation de la température ; diminution du poids ; phénomènes divers du traitement ; modifications de la voix, etc., etc.*

1896. *Dentition complère ; carie dentaire.*

1897-1901. *Evolution à peu près nulle de la puberté. Même état général.*

1902. *Hydropisie pleurale et péricardique. — Cyanose subite : mort ; abaissement considérable de la température. — T. après la mort. — Rigidité cadavérique.*

Autopsie. — *Persistance de la suture métopique. — Absence complète de la glande thyroïde. — Hydropisie de la plèvre et du péricarde. — Athérome. — Petits kystes rénaux.*

Description du squelette. — Analyse chimique de la peau. — Examen histologique du cerveau. — Réflexions.

Debarg.,. (Jules), né dans le Pas-de-Calais, le 6 octobre 1865, est entré à Bicêtre dans notre service le 23 février 1890.

Pour compléter l'observation nous n'avons que quelques mots à ajouter sur les années 1896-1901.

1896. — *Dentition :* Depuis le dernier examen, aucune modification n'est survenue. La dentition a acquis un développement complet. Les dents permanentes ont achevé leur éruption et il n'y a plus de traces des dents temporaires. Toutes les molaires, sous l'influence de la carie, continuent à se désagréger progressivement. Leurs couronnes sont en partie détruites.

1897. — Il n'est survenu durant cette année, aucun accident.

1898. *Juillet. — Puberté :* Le visage, les aisselles et le tronc sont glabres. — Quelques poils noirs, rares, à la racine des bourses Phimosis. Verge : long. 6 cm., circonf. 7 cm. Testicules de la grosseur d'un œuf de merle.

1900. — *Puberté :* Les moustaches commencent à se dessiner, les poils de pubis sont un peu plus longs et plus abondants. Verge : long. 7 cm., circonf. 9 cm. ; même état des testicules. Hémorrhoïdes persistantes.

1901. *Mai.* — Œdème temporaire des paupières, surajouté à leur bouffissure habituelle. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine (*fig.* 12, 13 et 14).

Décembre. — Puberté : Le tiers moyen de la lèvre supérieure est presque glabre ; de chaque côté existe un fin duvet, formant une bande de 4 sur 10 mm. Rien aux joues ni au menton. Rien aux aisselles. Bande de poils très rares à la partie moyenne du pénil. De chaque côté de la verge, quelques poils bruns plus longs, for-

mant une sorte de bouquet. Verge : long. 7 cm. 1/2, circonf. 8 cm. Prépuce un peu long, gland non découvrable, méat un peu étroit. Jamais d'onanisme.

1902. — 18 *février*. A 4 heures de l'après-midi, Deb... était auprès de la surveillante, à l'infirmerie, appuyé à la table, le dos

Fig. 12. — Deb... en 1901.

tourné au foyer selon son habitude. Subitement il devient violacé. Aussitôt on le déshabille et on le couche. Il se jette en arrière, les membres supérieurs s'allongent et se raidissent; la respiration devient de plus en plus courte, il meurt en quelques minutes sans prononcer une seule parole. L'interne de garde, appelé, ne peut que constater le décès: Poids après décès: 36 kg. 200.

Le matin et jusqu'au début des accidents mortels, Deb... n'avait rien offert de particulier. Il avait déjeuné comme d'ordinaire. A 2 heures il avait fumé une cigarette et mangé des bonbons.

Température après la mort.

		T. de la salle.
1/4 d'heure après	34°	
1 heure —	30°	
2 — —	30°	
3 — —	30°	
4 — —	29°	
5 — —	29°	
6 — —	25°	
7 — —	22°	
8 — —	20°	
9 — —	20°	
10 — —	18°	
11 — —	14°	
12 — —	13°	
13 — —	13°	
14 — —	13°	— Salle 16°
15 — —	13°	— Salle 16°
16 — —	13°	— Salle 16°
18 — —	13°	— Chambre 13°.
19 heures après	13°	— Chambre 13°[1].

Le malade est mort avec une *hypothermie* très accusée. La température du cadavre est descendue à 13°, c'est-à-dire à 3° au dessous de celle de la salle. Nous avons constaté plusieurs fois cet abaissement de la température cadavérique au-dessous de la température du milieu ambiant.

19 *février*. — Etat de la *rigidité cadavérique*, 19 heures après la mort :

Membre supérieur gauche : rigidité moyenne de l'épaule, très légère du coude, très forte du poignet ; raideur des doigts qui sont infléchis.

Membre supérieur droit : raideur de l'épaule, moindre au coude, raideur du poignet, bien moins prononcée qu'à gauche ; doigts un peu raides, infléchis. L'index droit est le siège d'une tourniole, phlyctène affaisée avec un peu de pus au-dessous. La partie postérieure et interne des membres supérieurs présente une coloration rouge vineuse.

Membre inférieur gauche : rigidité de la hanche assez prononcée, simple raideur du genou, plus prononcée au cou-de-pied. Orteils souples.

Membre inférieur droit : simple raideur de la hanche, du genou et du cou-de-pied ; doigts souples.

[1] Suivant le règlement administratif, les corps morts doivent rester un certain temps dans la salle de l'infirmerie. Nous avons pris l'habitude de les placer ensuite dans une chambre spéciale.

L'ensemble de la peau est jaune, le ventre est ballonné; les lèvres sont bleu pâle. Comme on le voit, la *rigidité* est plus prononcée à droite qu'à gauche; jusqu'à 8 heures du soir les membres étaient souples. Le cou était rigide.

20 *février*. — *Membre supérieur gauche :* rigidité assez prononcée

Fig. 13. — Deb... en 1901.

de l'épaule, très prononcée du coude; rigidité assez prononcée des articulations métatarso-phalangiennes. Les doigts commencent à être mous.

Membre supérieur droit : épaule molle, coude et poignet rigides, ainsi que les articulations métatarso-phalangiennes. Les doigts sont un peu raides.

Membre inférieur droit: rigidité très prononcée de la hanche et du cou-de-pied. Les orteils sont raides.

Membre inférieur gauche : rigidité moyenne de la hanche, plus

	1896		1897		1898		1899		1900		1901		1902	
	janvier	juillet	janvier	juillet	janvier	juillet	janvier	juillet	janvier	juillet	janvier	juillet	janvier	juillet
Poids.	28k	27k200	29k	28k500	29k700	30k	30k200	33k	32k	33k500	34k	35k	35k170	
Taille.	0m965	0.963	0.965	0.965	0m965	0m97	0m97	0m97	0m97	0m97	0m99	1m	1m05	

prononcée au genou et au cou-de-pied; les orteils sont flasques. La coloration violacée des ecchymoses a plutôt diminué. Le ventre est toujours très gros.

7 heures après l'autopsie on ne note plus aucune rigidité.

Autopsie faite le 26 février, 41 heures après la mort.

TÊTE. — *Cuir chevelu* très épais, assez adhérent au crâne offrant une suffusion sanguine assez prononcée sur toute son étendue. — *Os du crâne* épais: la coupe est injectée de sang ainsi que toutes les sutures. Pas de synostose, *persistance de la suture métopique.*

La *dure-mère*, plutôt mince, ne présente rien de notable. — La *glande pituitaire*, sans exagération de volume, est ramollie.— La *fosse turcique*, dont le bord supérieur est très saillant est complètement envahie par du sang. — L'*apophyse cristagalli* est mince; quand on a détaché l'encéphale, les fosses temporales se sont remplies de sang noir. On recueille 67 gr. de sang dans les fosses occipitales. Les différentes fosses de la base sont symétriques. Les artères vertébrales, le tronc basilaire, les cérébrales postérieures, les artères cérébelleuses et les artères sylviennes sont distendues par le sang. — Les *nerfs olfactifs* sont volumineux, surtout à leur extrémité antérieure. Les autres nerfs, les tubercules mamillaires, les pédoncules cérébraux, les artères sont égaux et symétriques.

Cerveau. — HÉMISPHÈRE DROIT. *face convexe*; — La *première circonvolution frontale* (F¹) se termine en arrière par une sorte de

fourche (*ff*); elle parait un peu grêle par rapport à F^2 qui est plus large et bien plus sinueuse. Sur tout le lobe frontal, il n'y a qu'un pli de passage entre F^2 et F^3, — La *frontale ascendante* FA, est volumineuse et assez sinueuse ainsi que PA. Le *Sillon de Rolando*, SR, est très tortueux sans interruption. Les *plis pariétaux*, supé-

Fig. 14. — Deb... en 1901 [1].

rieur, P^1 et inférieur. P^2 sont assez volumineux ainsi que le pli courbe, PC et le lobe occipital LOC. Le *pli courbe* envoie un pli de passage au lobe occipital qui est assez développé, Le *lobe temporal* a ses circonvolutions plutôt volumineuses. Les lèvres de la *scissure de Sylvius* sont presque en contact et ne laissent voir que la pointe du lobule de l'insula avec quatre digitations, sans compter les trois prolongements qu'envoie en arrière la T^1 (PLANCHE I).

[1] Nous avons publié une série de ses photographies en 1889 et en 1896 (Voir *Arch. de Neurolog.*, 1890, n° 1, et *Comptes rendus de Bicêtre* de 1889, p. 172; 1895, p. 169.

Face interne. — La *corne d'Ammon*, les *circonvolutions* CH et TO sont un peu grêles et s'envoient un pli de passage, F^1, CCC, LP et le lobe carré, LQ, sont bien développés, le coin, C, est petit. Le *corps calleux*, CC, le *corps strié*, CS, la *couche optique*, CO, et le *ventricule latéral* n'ont rien à noter (Pl. II).

En résumé le cerveau est assez volumineux et lourd. Les circonvolutions sont développées mais n'offrent que de rares plis de passage. Les sillons paraissent d'une profondeur à peu près normale. Il n'y a, pas, macroscopiquement, trace de méningo-encéphalite.

Cou. — *L'examen le plus attentif ne fait découvrir aucune trace de la* **glande thyroïde**. Il n'y a pas de trace du *thymus*.

Thorax. — Les *poumons* sont normaux. On recueille 50 gr. de liquide dans la plèvre droite et 180 gr. dans la cavité péricardique. — *Cœur* volumineux; les cavités et les valvules sont normales. Le trou de Botal est oblitéré. Le cœur droit est un peu dilaté. Plaque athéromateuse de 2 cm. de longueur sur l'aorte.

Abdomen. — L'*estomac*, les *intestins* ne paraissent le siège d'aucune lésion. — Le *foie* est un peu congestionné et il y a des plaques de péri-hépatite à la face supérieure du lobe droit. Vésicule biliaire. rien. — *Rein droit* hyperhémié. — *Rein gauche* lobulé, très congestionné, présentant une série de dépressions circonscrivant 4 ou 5 gros lobes. Signalons aussi une série de petits *kystes* variant d'un pois à une tête d'épingle, situés aux limites des zones corticale et pyramidale. Aucune lésion des *capsules surrénales*.

MESURES DE LA TÊTE[1]	1900, 1901, 1902 janvier
Circonférence horizontale maxima	54.5
Demi-circonférence bi-auriculaire	35
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	39
Diamètre antéro-postérieur maximum	20
— bi-auriculaire —	12.5
— bi-pariétal —	14.5
— bi temporal —	11.5
Hauteur médiane du front	4.5

[1] Les mensurations de 1890 à 1899 se trouvent dans les publications antérieures.

F'
Sc
Lo
Sc
CC
TO
FA
CH
SR
CO
PA
CA
LPI
CS
LPS
CC

La *mort* est due à une *syncope* provoquée sans doute par *l'hydropisie du péricarde*, qui ne s'était traduite par aucun symptôme, puisque le malade allait et venait comme d'habitude, avait mangé à son ordinaire, ne se plaignant de rien.

POIDS DES ORGANES

Encéphale	1245 grammes.
Hémisphère cérébral droit	543 »
Hémisphère cérébral gauche	550 »
Cerveau	1093 »
Hémisphère cérébelleux droit	67 »
Hémisphère cérébelleux gauche	67 »
Bulbe et protubérance	18 »
Cervelet et isthme	152 »
Moëlle épinière	non prélevée.[1]
Corps thyroïde	ABSENT
Thymus	pas.
Cœur	235 »
Poumon droit	230 »
Poumon gauche	215 »
Foie	1025 »
Rate	100 »
Rein droit	125 »
Rein gauche	125 »

Etude du squelette de Deb... ; par G. PAUL-BONCOUR.

(*Fig.* 15, 16 et 17).

Nous nous sommes attachés à relever un certain nombre de faits qui nous ont paru dignes d'attirer l'attention. Certes, beaucoup d'entre eux ont été signalés, mais on n'a pas toujours essayé d'en indiquer la genèse et d'en préciser le mécanisme.

Les modifications squelettiques consécutives à une affection morbide obéissent aux lois ordinaires de la mécanique normale. Seulement quand il s'agit d'interpréter les faits, il faut constamment tenir compte de l'influence pathologique qui les exagère ou les transforme. C'est ce que nous avons essayé de montrer. Pour bien mettre en relief les anomalies, les modifications, les arrêts de développement, nous avons jugé utile d'employer des mensurations exactes. En parcourant certaines descriptions de squelettes de myxœdémateux, on regrette que les auteurs se soient générale-

[1] Comme le corps ne devait pas être réclamé et que, *a priori*, la moelle pouvait être présumée *saine*, afin d'avoir le *squelette* en bon état, nous n'avons pas ouvert le canal rachidien.

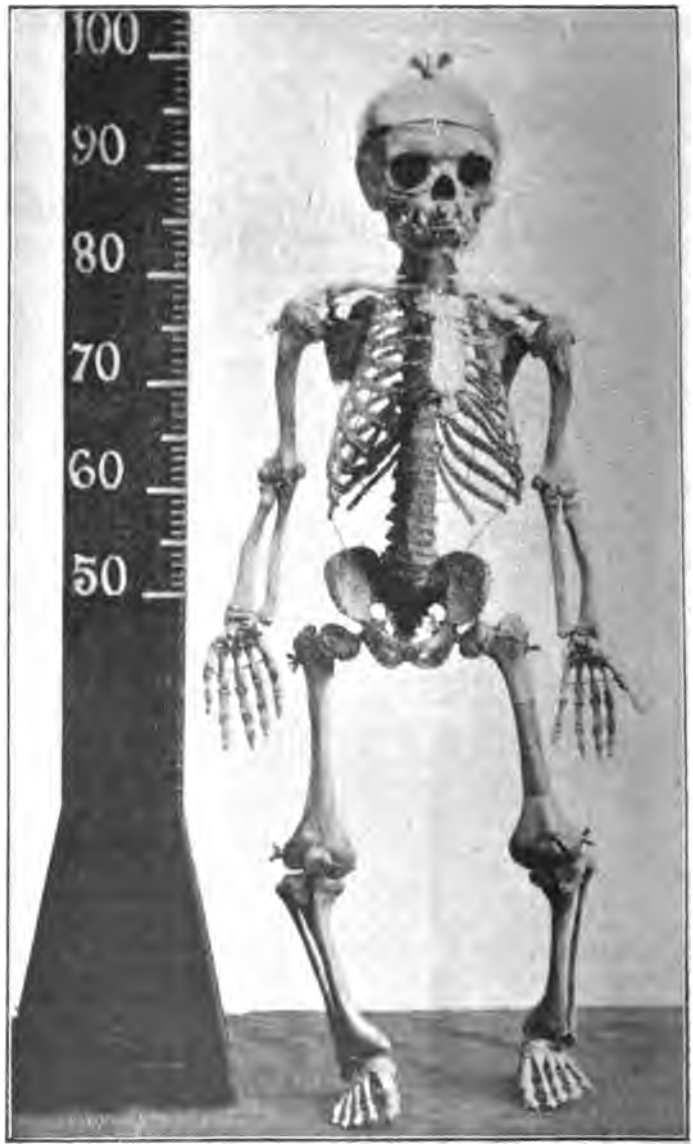


Fig. 15. — Squelette de Deb...

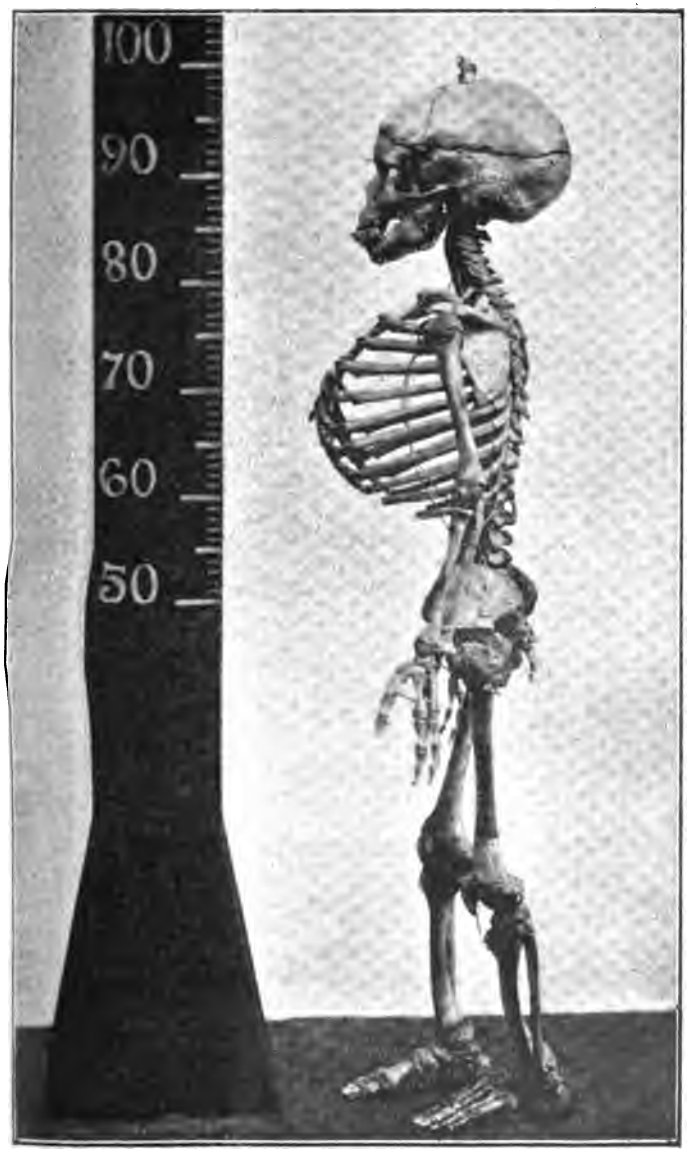


Fig. 16. — Squelette de Deb...

ment bornés à apprécier à vue d'œil le degré d'atrophie ou d'hypertrophie de telle ou telle partie. D'abord cela n'offre aucune garàntie en raison des erreurs qui en découlent indiscutablement; en second lieu, on ne peut comparer le cas particulier aux moyennes générales; enfin il n'est pas possible de comparer les divers cas de cette affection entre eux.

C'est dans ce but que nous avons autant que possible, mis en regard de nos remarques, des mensurations rigoureuses, afin de pouvoir les comparer, lorsque la chose était nécessaire, à des moyennes normales. Nous n'avons pas utilisé toutes les mesures que nous avons recueillies, mais nous les faisons néanmoins figurer dans ce travail pour permettre aux médecins, désireux d'employer une méthode exacte, de comparer leurs cas au nôtre [1]. Ajoutons enfin que la technique employée est celle qu'on enseigne et qu'on applique constamment au laboratoire d'anthropologie de l'Ecole des Hautes Etudes.

Tête. — A première vue deux particularités s'imposent.

1° Le grand développement du crâne dans le sens antéro-postérieur; — 2° sa faible hauteur.

Précisons ces particularités par des mesures:

Le diamètre antéro-postérieur maximum est de 186 millimètres.

Le diamètre antéro-postérieur métopique de 184 millimètres.

La courbe partant de l'ophryon pour aboutir à l'inion égale 304 millimètres.

La hauteur totale du crâne est de 103 millimètres.

Cette dernière dimension est considérablement réduite et la vue du dessin stéréographique du crâne indique immédiatement la cause de cette déformation : il existe un abaissement considérable de la base crânienne tel que le trou auditif A correspond exactement au basion B (bord antérieur du trou occipital). Or, sur un crâne normal, ces deux points sont situés à des hauteurs différentes. La hauteur du trou auditif au vertex est chez un individu normal d'environ 126 millimètres (Papillault). Dans notre cas, cette dimension est considérablement réduite et notons qu'elle représente également la hauteur totale du crâne par suite de la particularité que nous avons précédemment indiquée. Nous avons fait remarquer que le crâne a des dimensions considérables dans le sens antéro-postérieur: comparons nos mensurations à celles d'un homme moyen (Papillault); celui-ci présente un diamètre antéro-

[1] Le dessin au stéréographe qui figure ici a le double avantage de donner une reproduction fidèle du crâne, et de permettre à ceux qui ne disposeraient pas du crâne de compléter nos mensurations d'une façon rigoureuse. (Pl. III).

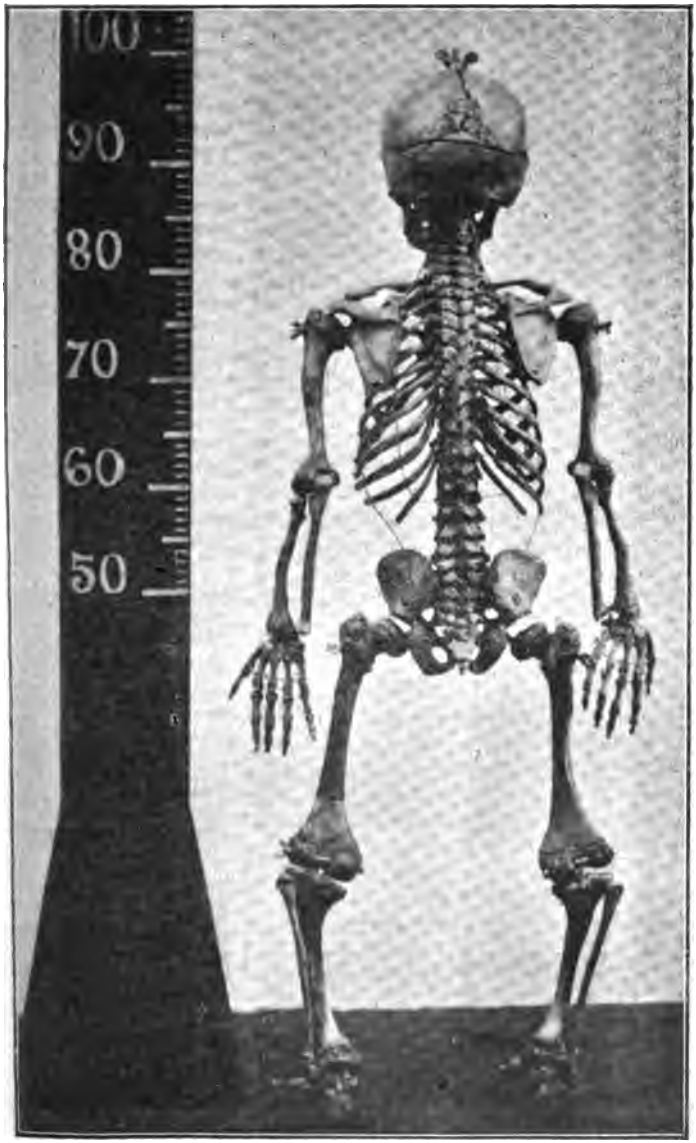


Fig. 17. — Squelette de Deb..

postérieur maximum de 184,2 et un diamètre antéro-postérieur métopique de 182,9. Les dimensions du crâne de Debarg.. sont donc supérieures.

Le diamètre antéro-postérieur maximum part en avant de la glabelle, dont la saillie est précisément une cause importante de son augmentation. Or, chez notre sujet, cette saillie glabellaire fait défaut, ce qui n'empêche pas le diamètre maximum d'être encore supérieur à celui d'adultes normaux et à saillie forte. Remarquons encore que, malgré la faible saillie glabellaire, le diamètre métopique est inférieur au diamètre glabellaire. Cette constatation a son intérêt, car on voit écrit parfois que les myxœdémateux conservent un front infantile : c'est une erreur, tout au moins partielle. Il y a bien un caractère infantile : l'absence de la glabelle, mais il n'y a pas, comme chez l'enfant, la supériorité de diamètre métopique. Si la glabelle eût été prononcée, il eût existé une inclinaison considérable du front.

Examinons maintenant les dimensions transversales du crâne. Nous mettons entre parenthèses les dimensions correspondantes d'un individu normal. Le crâne de Deb... présente donc une légère diminution de ses diamètres transversaux. Mais elle est beaucoup moins marquée que celle des dimensions verticales de l'os.

Diamètre bilatéral frontal (distance entre le centre des deux bosses frontales)	63	(63,5)
Diamètre frontal minimum	100	(104,6)
Diamètre bilatéral pariétal.	132	(139,8)
Diamètre tranverse maximum	137	(152,5)
Diamètre bimastoïdien	129	(131,2)

Examen extérieur de la voûte crânienne. — Toutes les sutures persistent y compris la suture métopique. Les sutures coronales sont peu compliquées : les dentelures sont courtes et régulières. Les temporaux ne sont nullement adhérents aux os circumvoisins et il suffirait d'une faible pression pour les détacher. La suture sagittale est plus irrégulière et a des dentelures plus compliquées. La suture lambdoïde est extrêmement compliquée et présente de nombreux os wormiens. A la partie terminale de la suture sagittale il y a cinq os wormiens dont trois sont volumineux.

Au niveau de la suture coronale, du côté droit il y a un certain nombre de petits os wormiens. Au voisinage du temporal il y en a deux grands.

Si l'on admettait l'opinion de certains anatomistes qui veulent voir dans les os wormiens un excès d'ossification, leur présence sur ce crâne resterait inexplicable. Mais nous savons grâce aux travaux de Manouvrier (*Variations normales et anomalies des os nasaux* in *Société d'anthropologie*, 1893) et de Papillault (*Suture métopique*,

id., 96) que les os wormiens sont la preuve que les os normaux ont été, à un moment donné, incapables de remplir leur rôle. Les parties membraneuses ont été envahies à la longue par l'ossification de centres supplémentaires, qui donnent les os en question. Pour un os crânien, cette impossibilité de suffire à la tâche peut provenir d'un manque de pouvoir ostéogénique, comme elle peut être engendrée par un excès de pression intra-crânienne (hydrocéphalie, volume relativement élevé de l'encéphale); le résultat est le même. Dans notre cas particulier, il y a une double raison pour que ces conditions se présentent : le myxœdème s'accompagne d'un trouble considérable du pouvoir ossificateur et, de plus, la boîte cranienne renfermait une masse encéphalique relativement volumineuse puisqu'elle pesait 1245 grammes. Et n'oublions pas (ce qui est important) que le sujet n'avait qu'un mètre cinq centimètres de taille (1 m 05) et que son poids égalait 35 kilogr.

L'*os occipital* est légèrement saillant : il semble l'avoir été davantage lors des premiers examens de Deb... à son arrivée à Bicêtre, car la proéminence du bord supérieur de l'os avait attiré l'attention. La présence des os wormiens situés à ce niveau marquerait assez bien la persistance d'une partie membraneuse qui se serait ossifiée dans la suite à l'aide du processus supplémentaire que nous avons signalé plus haut. Cette saillie est en rapport avec la poussée que le poids encéphalique a fait subir à la base d'une façon générale et naturellement aux parties latérales voisines de cette base. C'est ainsi que le diamètre transverse est situé très bas et se confond presque avec le diamètre bimastoïdien.

Nous serions assez portés à attribuer une dépression située en arrière du bregma à l'inflexion de la base du crâne combinée avec la persistance anormale de la membrane fontanellaire. La fontanelle antérieure était encore ouverte lorsque Deb... avait vingt ans (voir observation) elle s'est donc obturée fort tard. Mais lorsqu'elle a été envahie par l'ossification, le cerveau avait déprimé la base crânienne et n'exercait aucune pression contre le paroi supérieure. Celle-ci a, d'ailleurs, une épaisseur considérable qui semble bien dénoter qu'aucune pression ne s'est opposée à l'ossification : mais dans ces conditions la membrane fontanellaire était déprimée et c'est dans cette situation qu'elle a été envahie par l'ossification. A ce niveau on retrouve d'ailleurs une transparence très nette de la calotte. Telles sont les raisons qui permettent d'émettre cette hypothèse sur la nature de cette déformation.

Base du crâne. — L'affaissement de la base du crâne méritait d'être mesurée exactement. C'est pourquoi nous avons dessiné avec l'aide de M. Papillault, professeur à l'École d'anthropologie, le crâne au stéréographe et mené les lignes qui permettent de mesurer d'une façon mathématique l'inclinaison des différentes

parties du crâne par rapport au plan orbitaire ou par rapport au clivus (Pl. III).

Voici nos valeurs angulaires et en regard celles d'un individu normal :

Angle clivo horizontal (1)	63°	—	70°8
Angle pétro clivien (2)	47°5	—	57°
Angle opistho clivien (3)	37°5	—	55°
Angle inioclivien (4)	58°5	—	59°5
Angle orbito horizontal (5)	157°5	—	149°9

On voit de suite l'exagération de la plupart de ces angles : en se reportant à la planche on en comprendra aisément la signification (Pl.).

Seul l'angle 5 que forme la paroi supérieure de l'orbite avec l'horizontale HH' est supérieur chez Deb...; et de fait en examinant la face endocranienne à ce niveau on s'aperçoit que l'enfoncement a lieu uniquement sur la ligne médiane d'ou la profondeur des fosses ethmoïdales (E). Les parties latérales (face supérieure de la voûte orbitaire) sont peu déprimées. Faut-il attribuer cela à la résistance offerte par l'appareil de la vision ? Ou bien le cerveau s'est-il appuyé de préférence dans le large intervalle fourni par la paroi supérieure des fosses nasales? Ou encore le cerveau s'est-il porté plutôt vers les parties postérieures de la base, comme l'indiquerait le front fuyant du malade et la saillie de l'occipital ? Toutes ces conditions peuvent d'ailleurs coexister.

Endocrâne. — Sur la voûte on remarque que les sillons destinés à recevoir les arborisations vasculaires sont extrêmement marqués. La large gouttière destinée à loger le sinus de Breschet est donc particulièrement profonde. Il en est de même des différentes dépressions ou excavations qui remplissent la face interne de la voûte cranienne. La mollesse du tissu osseux a permis aux organes de se mouler aisément sur la surface. Les trous qui traversent les parois sont la plupart du temps (surtout les trous vasculaires) démesurément larges.

Nous avons déjà parlé de la profondeur des fosses ethmoïdales. La lame criblée, très large, comme le sont d'ailleurs les fosses nasales, est située à deux centimètres au-dessous d'un plan s'appuyant sur la face supérieure des fosses orbitaires. On voit sur la planche cette différence de niveau : Or, représente la voûte orbitraire, E la fosse ethmoïdale. La partie médiane du sphènoïde est également déprimée et forme avec les petites ailes très relevées à leur partie externe une concavité supérieure : la partie déclive se continue avec les fosses ethmoïdales. L'aplatissement de cette partie a pour conséquence un léger aplatissement des trous optiques et une certaine étroitesse de la fente sphénoïdale.

Au niveau de l'étage moyen, on remarque que les trous ovale et

petit rond sont confondus. Les cloisons qui séparent ces trous sont d'abord cartilagineuses, puis elles subissent au fur et à mesure une transformation osseuse. Chez notre sujet le retard de l'ossification a laissé persister cet état fœtal. Il existe sur toute la surface endo-cranienne des éminences et des dépressions dénotant que l'activité périostée a cependant été suffisante pour produire de l'os, aux points où la pression encéphalique ne s'exerçait pas. D'ailleurs le retard de l'ossification est bien moins marqué et même parfois complètement absent dans les points où la croissance était interstitielle. Au niveau des sutures, le retard est plus accusé et surtout avait été très marqué au début, comme l'indique des faits de l'observation clinique (persistance de la fontanelle) et les particularités relevées au cours de notre examen (os wormiens). La suture sphèno-basilaire n'est nullement synostosée : il y a eu, à ce niveau, un arrêt complet de croissance, aussi la distance du basion à la suture n'est-elle que de 19 millimètres : c'est là la persistance d'un caractère véritablement infantile. Nous retrouverons cette différence entre les deux modes d'ossification encore plus prononcée au niveau des os des membres. Signalons aussi une particularité qui peut dépendre d'un défaut d'ossification : la partie antérieure de l'apophyse crista-galli n'est pas reliée au niveau de sa base à la face postérieure de l'os frontal : il y a un espace vide qui communique directement avec les fosses nasales. A ce niveau, les deux portions du frontal se terminent en formant une pointe en forme de V dont la pointe est dirigée en bas. Les deux portions qui constituent le frontal sont visibles et leur ligne de réunion sépare en deux parties égales l'angle limité par les branches contiguës des V osseux signalés à l'instant.

Face. — L'atrophie du massif facial est considérable : minceur des apophyses zygomatiques, faible développement de l'os malaire et du maxillaire supérieur, absence des arcades dentaires, tout cela est très marqué. Les quelques mesures suivantes permettent de s'en rendre compte.

Diamètre bizygomatique	119	millimètres
Diamètre bimalaire	97	»
Hauteur ophryo-alvéolaire	64	»
Distance du nasion à l'alvéole	53	»
Hauteur spino-alvéolaire	13	»
Largeur maxima de l'orifice nasal	23	»
Hauteur maxima de l'orifice nasal	25	»
Largeur interorbitaire	27	»
Largeur des os du nez à leur partie supérieure	13	»
Largeur des os du nez minima	10	»
Largeur à leur partie supérieure	18	»
Longueur externe des os nasaux	22	»
Longueur interne	15	»

Nous donnons de suite quelques-unes des dimensions normales de cette même région, indiquées par M. Papillault, dans son travail sur la suture métopique (*Mémoires de la Société d'Anthropologie*, 1896).

	CHEZ LES HOMMES non métopiques	métopiques
Largeur interorbitaire.	25,0	27,16
Largeur supérieure des os nasaux. .	12,19	12,56
Largeur minima	9,24	9.03
Largeur inférieure	17,50	16,33
Longueur latérale.	22,88	23,62
Largeur maxima de l'orifice. . . .	23,99	23,91

Chez Deb... on voit immédiatement l'élargissement des diamètres transversaux de la région nasale, malgré la diminution de la hauteur de la région. En effet, nous avons vu que nos hauteurs étaient 64 millimètres pour la hauteur ophryo-alvéolaire, 53 millimètres pour la hauteur naso-alvéolaire.

Sur les crânes de Papillault les mêmes dimensions sont :

	POUR LES CRANES non métopiques	métopiques
Diamètre ophryo-alvéolaire . . .	84,59	85,79
Diamètre naso-alvéolaire	68,94	70,05

La cause de cet élargissement est le résultat de deux mécanismes absolument différents, suivant qu'on considère la région supérieure ou la région inférieure de cette partie de la face. La partie supérieure est encore soumise à l'influence de la masse cérébrale. La non soudure de la suture métopique a donc permis l'écartement des deux parties de l'os frontal sous l'action de la masse encéphalique et de même que nous avons vu précédemment l'élargissement des fosses ethmoïdales, nous constatons l'élargissement du diamètre interorbitaire.

A la partie inférieure, l'élargissement de la région ne dépend que de l'arrêt de développement du maxillaire supérieur, l'écartement des deux bords antérieurs de l'apophyse montante n'est qu'un trouble d'évolution, c'est la persistance d'un état infantile.

On a remarqué aussi l'agrandissement des diamètres transversaux des os nasaux. Cela ne veut pas dire que ces os aient réellement des dimensions supérieures. C'est en vertu d'une adaptation particulière que cet élargissement se produit. Réunis par leurs bords internes, les os nasaux forment normalement un angle dièdre ouvert en arrière. Si la partie qu'ils ont à recouvrir s'élargit, leur angle s'ouvre et finalement, toujours réunis par leurs bords internes, ils forment ou peu s'en faut une surface plane. L'absence de l'angle dont la saillie forme le dos du nez est la raison de

l'aplatissement de la région chez le *myœdémateux*. Venant d'indiquer la cause de l'élargissement de l'espace interorbitaire, nous avons ainsi signalé complètement la raison d'être du faciès des myxœdémateux, souvent attribué à d'autres motifs par ceux qui ne se donnent pas la peine de mesurer et de comparer.

Ce qui est encore particulier, c'est l'absence complète des arcades alvéolaires. Il ne faut pas dire, comme on le fait parfois, leur disparition, puisque c'est un arrêt de développement.

A première vue, il semblerait que la voûte palatine fut considérablement agrandie transversalement et antéro-postérieurement, mais c'est l'absence de la saillie alvéolaire qui exagère cette impression.

Largeur de la voûte maxima.	42	mm.
Largeur minima.	33	»
Longueur de la voûte.	50	»

La largeur maxima est située à la hauteur de la première molaire, la largeur minima à la hauteur de la dernière molaire. Ceci indique donc la forme en fer à cheval de l'implantation des dents. Cette absence d'arcade dentaire n'a cependant pas empêché la poussée, tardive il est vrai, des dents (voir Observation) ; le fait est d'autant plus curieux qu'on fait souvent remarquer que les arcades sont liées à l'évolution dentaire, nous voyons un exemple pathologique de leur indépendance. Les dimensions orbitaires sont les suivantes :

Largeur	35
Hauteur	33

Le maxillaire inférieur nous fournit un exemple remarquable d'adaptation mécanique. Tout d'abord voici quelques dimensions :

Largeur bicondylienne	130	millimètres.
Largeur bigoniaque.	84	»
Largeur mentonnière	43	»
Hauteur symphysienne	27	»
Hauteur molaire	16	»
Longueur de la branche horizontale . . .	63	»
Branche montante, longueur	49	«
» » largeur	23	»
Angle de la mâchoire.	138°	
La face postérieure de la mâchoire (portion symphysienne) fait avec l'horizontale un angle de.	1270	

Chez Debar..., la mandibule s'est modifiée de façon à se mettre en rapport avec la mâchoire supérieure et pour cela : 1° elle s'est

allongée en exagérant l'ouverture de son angle; 2° les dents incisives ayant besoin de se mettre en contact avec les incisives supérieures, l'os s'est pour ainsi dire tordu, renversé en avant de manière que sa face postérieure (à la symphyse) regarde très obliquement en haut et en arrière. L'inclinaison de cette face forme avec l'horizontale l'angle que nous avons signalé.

Malgré ses faibles dimensions cet os s'est adapté à sa fonction masticatrice. C'est la démonstration pathologique de cette loi énoncée par M. Papillault (Homme moyen) : la mandibule est un os qui semble avoir fort peu d'autonomie, nul autre ne s'adapte plus rapidement aux exigences de sa fonction et aux organes qui le touchent de près.

Le *thorax* est aplati transversalement et le sternum est projeté en avant. La courbe des côtes est à peine accentuée. La déformation thoracique est en rapport avec celle de la colonne vertébrale qu'on a décrite dans l'observation prise durant la vie du sujet. Nous donnons néanmoins quelques mensurations, mais elles ont peu de valeur puisque les inflexions de la colonne ont disparu : on n'en a pas tenu compte en montant le *squelette*. Voici quelques mesures des régions thoracique et vertébrale :

Longueur de la clavicule (en projection) .	94	millimètres.
Diamètre biacromial	231	»
Diamètre postérieur du thorax (maximum)	195	»
Diamètre transverse (maximum)	165	»
Longueur du sternum.	145	»
Largeur (à la base) du sternum.	49	»
Colonne vertébrale. — Segment cervical.		
Longueur totale. . . .	91	»
Longueur en projection	87	»
Segment dorsal.		
Longueur totale. . . .	170	»
Longueur en projection	160	»
Segment lombaire.		
Longueur totale. . . .	121	»
Longueur en projection	118	»

Le *bassin* présente une petitesse remarquable, on peut en juger par les proportions suivantes :

Largeur maxima du bassin (bord externe des crêtes iliaques).	161	millimètres.
Largeur bi-iliaque (épines ant.-sup.). . . .	135	»
Largeur biiliaque intérieure	117	»

Hauteur maximum du bassin (ischion à crête iliaque)	117	millimètres.
Hauteur du promontoire au-dessus du pubis	49	»
Diamètre promontopubien	54	»
Diamètre transverse du détroit supérieur	73	»
Diamètre oblique	68	»
Détroit inférieur :		
Diamètre sacro-sous-publien	46	»
Largeur biischiatique	45	»
Hauteur symphysienne	30	»
Hauteur de la face antérieure du sacrum (en projection)	72	»
Diamètre transverse du corps de la troisième vertèbre lombaire	36	»
Hauteur du corps de la première lombaire	11	»

Par la *vue du squelette* (*fig.* 15, 16 et 17) et par l'examen des mesures précédentes, on s'aperçoit qu'on se trouve en face et d'une cage thoracique étroite et d'une colonne lombaire courte et d'un bassin rétréci dans tous les sens : cette disposition explique la saillie abdominale considérable toujours signalée chez les myxœdémateux Il y a peut-être de la faiblesse des parois abdominales, mais il y a aussi et surtout un manque de proportions entre les parois osseuses et le développement du système viscéral. Celles-là servent normalement à supporter et à contenir les viscères, mais si leurs dimensions les rendent insuffisantes, il est tout naturel que la masse contenue fasse saillie en avant, puisque c'est la seule direction où cela leur soit possible.

On relève sur le *bassin* un certain nombre de points encore cartilagineux, par exemple les épines iliaques antérieures et inférieures. La cavité cotyloïde est cartilagineuse et incomplètement formée (petite profondeur, absence de sourcil, élargissement par défaut d'ossification). L'épaisseur des os est normale.

Membres. — Tous les cartilages persistent sur les os des membres depuis leurs racines jusqu'à leurs extrémités, une légère traction suffit à décoller les épiphyses.

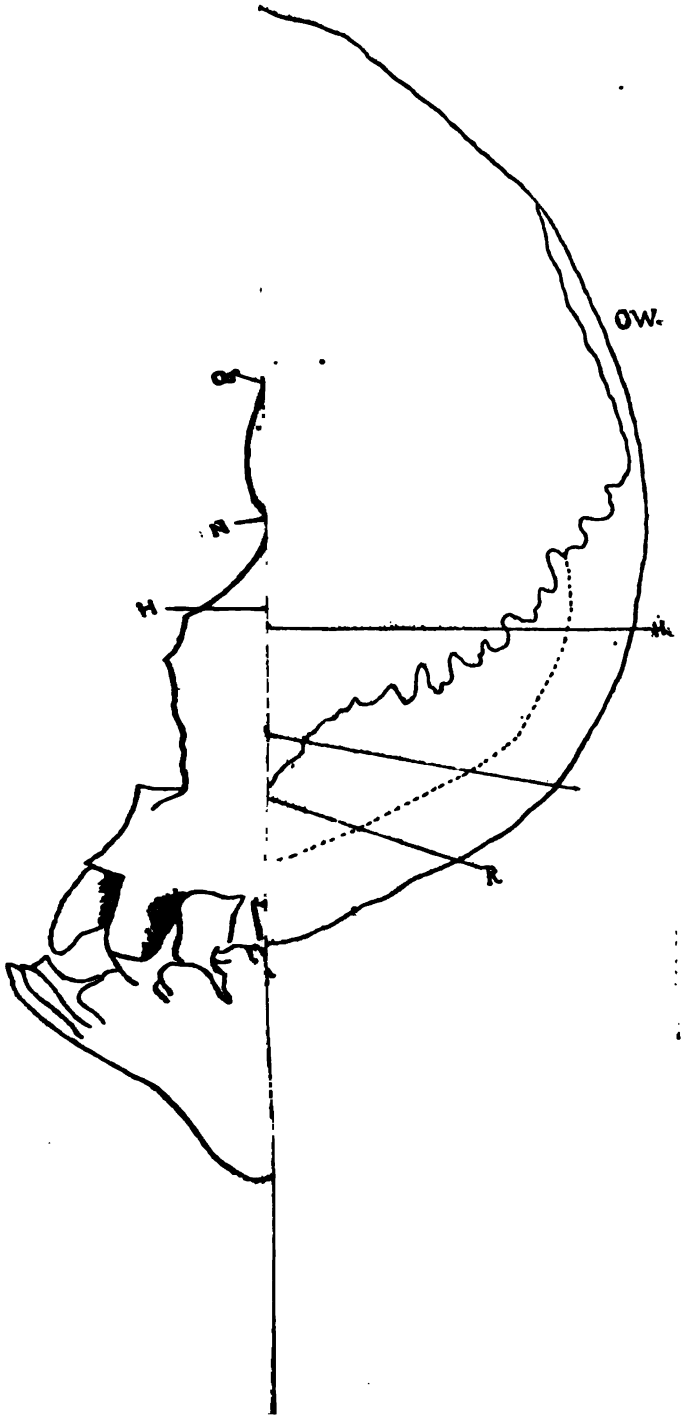
La forme de l'*humérus* est légèrement modifiée à sa partie supérieure. Alors que le reste de l'os à une direction normale, il est légerement incurvé en dedans et en arrière au voisinage de la tête humérale, comme s'il avait cédé sous l'influence d'une pression s'exerçant de haut en bas. La tête humérale, peu saillante, est déplacée de haut en bas, de façon que le point le plus élevé est l'extrémité supérieure du grand trochanter. Nous n'essayerons pas d'interpréter d'une façon formelle la genèse de cette déformation, mais nous ferons remarquer que les insertions du grand pectoral, du grand rond, du deltoïde, sont bien marquées, avec des rugo-

sités nombreuses et saillantes et que leur action a pour résultat de presser la tête humérale contre la face articulaire de l'omoplate. La gouttière bicipitale manque.

Voici quelques mensurations :

Omoplate :		
Longueur totale	101	millimètres.
Largeur totale	62	»
Humérus :		
Diamètre vertical de la tête humérale	39	»
Diamètre antéro-postérieur	37	»
Longueur de l'humérus	176	»
Circonférence minima	50	»
Largeur bicondylienne	50	»
Radius :		
Longueur (sans l'apophyse styloïde)	139	»
Longueur du cubitus	154	»
Circonférence minima du radius	31	»
» » du cubitus	33	»
Longueur du squelette de la main	123	»
Fémur :		
Epaisseur du col	26	»
Hauteur	31	»
Angle du col	110°	
Obliquité de la diaphyse	13	»
Longueur maximum totale	250	»
Longueur maximum trochantérienne	249	»
Longueur totale en position	242	»
Circonférence minima	58	»
Pilastre. Diamètre antéro-postérieur	19,5	»
Pilastre. Diamètre transversal	17	»
Largeur bicondylienne	71	»
Platymérie. — Diamètre antéro-post	16	»
» transversal	23	»
Tibia :		
Longueur du tibia (sans la malléole interne	190	»
Circonférence minima	52	»
Diamètre antéro-postérieur au niveau du trou nourricier	18	»
Diamètre transverse	20	»
Longueur totale du pied	162	»

L'extrémité supérieure du *fémur* est à peine formée : le grand trochanter est très mince et la sphère articulaire est remplacée par une surface uniquement cartilagineuse. Le col est très fermé, aussi quand on mesure la longueur de l'os, on constate que la longueur totale se confond presque avec la longueur trochantérienne. Le


OW.
G
N
H
M
R

reste de l'os ne présente pas de déformations susceptibles d'être étudiées. Le pilastre est assez prononcé et il existe un élargissement sous-tronchantérien de l'os.

Il y a une déformation très prononcée du *plateau tibial*. Alors que la cavité glénoïde externe regarde en haut, l'interne regarde obliquement en haut, en dedans et en arrière. Elle est en même temps à un niveau très inférieur par rapport à l'externe.

De cet affaissement il résulte : 1° que la surface articulaire de l'os est elle-même extrêmement oblique ; 2° que la face interne de l'os, au voisinage de la partie articulaire, présente une incurvation résultant du déplacement et du tassement de la tubérosité interne.

Quelle est la cause de cette déformation ? Il nous est impossible de trouver une explication satisfaisante : on ne voit pas par suite de quel mécanisme le condyle interne du fémur aurait subi une augmentation de volume, tandis que la partie correspondante du tibia aurait subi un effondrement ? ou par suite de quel processus l'extrémité inférieure du fémur restant normale, ainsi que la partie externe de l'extrémité supérieure du tibia, la partie interne de ce dernier os s'est déformée ? Le péroné a-t-il augmenté la solidité de la partie externe ? On ne peut que faire des suppositions.

Une dernière remarque. — De l'étude et de la comparaison de nos chiffres il se dégage un fait absolument particulier. Relativement à leur épaisseur, la longueur des os est extrêmement faible : alors qu'il y a eu un retard, on pourrait même dire un arrêt de croissance en longueur, la croissance en largeur est beaucoup moins et quelquefois nullement atteinte. Ces deux croissances ne sont nullement parallèles, puisqu'on a des os dont la longueur rappelle celle d'un enfant en bas âge, mais dont le volume est celui d'un adolescent, presque d'un adulte. *Cette dysharmonie entre les deux modes d'accroissement osseux, l'un par les cartilages de conjugaison, l'autre par le périoste, est une caractéristique de l'affection.* Nous l'avions déjà constatée sur le crâne, nous la retrouvons ici absolument nette.

PLANCHE III. — Or, voûte orbitaire. — N, nasion. — H, H, plan orbitaire horizontal, passant par le centre de l'orbite et le trou optique, *Op*. — CC, plan du clivus. — *Ow*, os wormiens. — R, plan du rocher. — La ligne indiquée sans lettre, entre le plan orbitaire (H, H) et le plan du rocher (R), répond au plan de l'inion. — *op*, plan du trou occipital. — Les signes XX répondent aux bosses frontales et pariétales. — E, fosse ethmoïdale. — T, fosse temporale. — R. bord supérieur du rocher. — A, trou auditif. — B, basion (bord antérieur du trou occipital).

[1] Voir sur les os du crâne des myxœdémateux infantiles nos autres observations : Compte rendu de 1891, p. 35 ; — 1894, p. 35, etc.

Recherche de la mucine dans la peau d'un myxœdémateux; par M. Berthoud, pharmacien en chef de Bicêtre.

On a noté à l'autopsie de certains myxœdémateux l'existence d'une infiltration gélatineuse du tissu cellulaire sous-cutané, infiltration dont la consistance serait due à une substance mucinoïde. On a, de plus, constaté dans certains cas la présence de mucine dans tous les tissus, y compris le sang. Il est donc intéressant de chercher, chaque fois que l'occasion s'en présente, à vérifier ces notions, afin de pouvoir établir s'il s'agit là d'un fait général ou non.

A cet effet, un lambeau de peau, mesurant environ 270 centimètres carres, a été prélevé à la partie antéro-supérieure gauche du thorax (région sous-claviculaire). Cette peau, glabre, est doublée d'un pannicule adipeux abondant, dont l'épaisseur varie de 10 à 15 millimètres. Il n'y a pas d'infiltration gélatineuse du tissu cellulaire sous-cutané, sauf pourtant en deux points éloignés l'un de l'autre, où se montrent deux caillots jaunâtres, tremblants, de la grosseur d'une lentille. Ces deux caillots n'avaient pas été aperçus lors du détachement du lambeau cutané sur le cadavre ; c'est vingt-quatre heures, après qu'ils ont été remarqués, soit qu'ils aient échappé au premier examen d'ailleurs rapide, soit qu'ils aient apparu postérieurement par suite d'une altération cadavérique.

Voici la marche suivie pour la recherche de la mucine.

La peau proprement dite, débarassée aussi bien que possible de la graisse sous-jacente, a été hachée et épuisée à l'eau froide à plusieurs reprises. Les diverses macerations réunies après filtration ont été prudemment additionnées d'une petite quantité d'acide acétique, ce qui produisit un précipité blanc immédiat peu abondant, qui, reçu sur filtre, lavé à l'eau acétifiée, séché et pesé, s'eleva à 0 gr 032 pour 20 gr. 30 de peau mise en œuvre, soit 0,157 pour 100 grammes.

D'autre part, le marc de macération fut maintenu, baignant dans qnantité suffisante d'eau distillée, à la température d'ébullition pendant une heure, puis maintenu à l'autoclave vers 105° pendant une autre heure. La filtration, assez rapide, donna un liquide opalin ; ce filtrat, augmenté des eaux de lavage, qui passèrent très-lentement, fut traité par l'acide acétique en quantité modérée, ce qui détermine d'abord un louche laiteux, qui au bout de quelque temps se condense en un dépôt floconneux blanc, surnagé par un liquide clair. Ce dépôt, après dessication, fut trouvé égal à 0 gr. 0675 soit 0 gr. 332 pour 100 grammes de peau.

Ainsi la macération et la décoction donnent à froid un précipité par l'acide acétique. Or, c'est là un des principaux caractères de la mucine, et c'est en la précipitant par l'acide acétique qu'on l'isole

généralement : lorsque, dans un liquide albumineux, cette réaction se produit, on est conduit à soupçonner la présence de mucine. Mais il faut contrôler cette indication en s'adressant à une autre propriété de ce corps, décisive celle-là, et qui consiste dans la mise en liberté d'un sucre réducteur lorsqu'on hydrolyse vers 100° une solution de mucine par les acides minéraux.

Nous avons donc pratiqué cet essai sur le précipité obtenu par l'acide acétique dans le décocté filtré de 11 gr. 923 de peau hachée. Ce précipité lavé, a été délayé dans 200 centimètres cubes d'eau distillée par l'acide sulfurique à raison de 5 p. 100, et transvasé dans un tube à essai qui a été maintenu au bain-marie bouillant au delà d'une heure. Puis ce liquide a été neutralisé, et essayé à la liqueur de Fœhling. Celle-ci n'a pas été modifiée, ce qui indique l'absence de sucre réducteur, et par suite de mucine dans le liquide essayé.

La même opération a été pratiquée sur le filtrat obtenu lors de la séparation sur le filtre du précipité déterminé par l'acide acétique dans la macérationd e peau hachée. Il se pouvait, en effet, qu'il fût passé en solution des corps voisins de la mucine, sinon la mucine elle-même qui n'est pas toujours facilement rendue insoluble par l'addition d'acide acétique. Le produit d'hydrolyse neutralisé n'a pas réduit la liqueur de Fehling.

Nous ne sommes donc pas, devant ce résultat négatif, autorisés à conclure à la présence en quantité appréciable de la mucine ou d'un mucoïde quelconque dans l'échantillon de peau examiné.

Examen histologique ; par M. Cl. Philippe.

L'examen histologique a été pratiqué sur plusieurs circonvolutions choisies dans les principales régions de l'écorce cérébrale : par exemple, au niveau des lobes frontal, occipital et rolandique (lobule paracentral). Pour le dire dès maintenant, l'emploi combiné des méthodes usuelles (méthodes de Weigert-Pal, de Nissl, de Marchi : fuchsine picriquée de van Gieson ; picro-carmin ammoniacal ; éosine-hématoxylique), a permis de relever, sur la presque totalité des coupes, les lésions suivantes : méningites, atrophies cellulaires, légère sclérose névroglique des régions superficielles de l'écorce cérébrale.

Méningite. — Cette méningite n'est nulle part très intense, un peu plus marquée au niveau du lobule paracentral que partout ailleurs. Il s'agit uniquement de *leptoméningite*, avec participation, sensiblement égale, des deux membranes molles, arachnoïde et pie-mère.

L'évolution fibro-plastique n'est pas très accusée ; ainsi, on ne rencontre en aucun point ni les végétations volumineuses, ni les

couches denses de tissu fibreux, qui se voient toujours dans les cas de méningite franchement scléreuse. Chez Deb..., les feuillets extrêmes, interne et externe, sont simplement plus épais qu'à l'état normal; toutefois, ces feuillets se soudent intimement l'un à l'autre, quand ils s'engagent dans les petits sillons, de manière à constituer une membrane assez forte. De même, les travées intermédiaires, très développées, sont sclérosées, et elles cloisonnent les espaces sous-arachnoïdiens en une infinité de logettes actuellement vides de tout contenu. Surtout, le réseau vasculaire est riche, quelle que soit la région examinée; artérioles et veinules ont des parois, moyennes et externes, assez épaissies souvent, bien que les tuniques internes ne présentent pas de grosses modifications. Ces néoformations vasculaires peuvent être suivies dans toute l'écorce sous-jacente, jusqu'à une certaine profondeur.

Cellules nerveuses. — Les cellules nerveuses ne sont pas intactes. Dans les régions où le processus pathologique paraît bien avoir atteint son maximum de développement (lobule paracentral, circonvolutions frontales), les cellules ne sont plus tassées à la suite les unes des autres, de manière à former les colonnettes bien connues, qui sont étagées dans toute la hauteur de l'écorce cérébrale; au contraire, elles sont certainement diminuées de nombre, et elles se disposent fréquemment en petits amas ou en chainettes courtes.

De plus, toutes ces cellules sont *peu différenciées*, à tel point qu'il devient difficile de distinguer les couches qui apparaissent si nettement à l'état normal, dans la région rolandique par exemple. Ainsi, les pyramidales, grandes et moyennes, sont très peu nombreuses dans les couches dites profondes, là où ces éléments sont d'ordinaire si faciles à reconnaître sur des circonvolutions saines. Bref, la plupart des cellules ne dépassent guère le volume des petites pyramidales, et encore beaucoup de ces dernières ressemblent-elles plutôt à des neuroblastes.

Cet état de *dysgénesie* est plus évident, quand on examine les coupes aux forts grossissements. Ainsi, les cellules ont des prolongements petits, grêles, peu nombreux, difficiles à suivre sur une grande longueur; les masses protoplasmiques sont minces, peu compactes, souvent fissurées, difficilement colorables à l'aide de l'éosine ou du picro-carmin, peu chargées en corpuscules de Nissl; les noyaux sont petits, faiblement teintés après action du bleu polychrome d'Unna.

D'ailleurs, des lésions du même type se retrouvent sur les éléments cellulaires autres que les pyramidales. Ainsi, *toutes les couches de l'écorce cérébrale contiennent moins de cellules qu'à l'état normal;* en outre, les cellules encore existantes, sont petites, déformées, manifestement arrêtées dans leur développement, si bien

que beaucoup d'entre elles rappellent plutôt la morphologie et la structure générale des neuroblastes.

Dans les autres régions (lobe occipital, par exemple), le processus pathologique n'a pas atteint un développement aussi accusé. Toutefois, si l'on prend la peine d'examiner un certain nombre de colonnes cellulaires, on rencontre aisément, çà et là, sur une étendue plus ou moins considérable, des zones où l'agencement des cellules, de même que leurs caractères structuraux, reproduisent absolument tout ce qui vient d'être dit pour les circonvolutions du lobe frontal et du lobule paracentral.

Fibres nerveuses. — Etant donné les lésions cellulaires précédentes, les fibres nerveuses ne sauraient être intactes. Partout, on note une diminution de nombre des tubes nerveux, qu'il s'agisse des couches tangentielles ou des fascicules radiaires. Mais cette diminution de nombre ne va jamais jusqu'à la disparition totale des fibres qui se retrouvent, encore assez nombreuses, dans toutes les zones de l'écorce cérébrale, depuis la zone d'Exner jusqu'au centre ovale proprement dit. En outre, les fibres nerveuses, examinées isolement, sont plus grêles qu'à l'état normal, même quand il s'agit des fibres relativement grosses, qui entrent dans la constitution des fascicules radiaires. En un mot, on retrouve au niveau des tubes nerveux la *dysgénésie* ou l'arrêt de développement si évident pour les cellules nerveuses.

Sclérose névroglique. — Malgré les altérations parenchymateuses, si accusées, qui viennent d'être décrites, le tissu névroglique n'a pas subi des modifications bien considérables. Sans doute, la couche névroglique immédiatement sous-pie-mérienne est épaissie, plus dense qu'à l'état normal; ses fibrilles, finement ondulées, contractent çà et là quelques adhérences avec les feuillets de la méninge voisine; mais, partout ailleurs, les éléments névrogliques, cellules et fibrilles, conservent leur disposition habituelle. En résumé, à part la légère sclérose des régions tout-à-fait superficielles de l'écorce cérébrale, la névroglie ne paraît pas avoir pris une part bien considérable à l'évolution du processus pathologique.

Réflexions.

I. Nous n'avons pas à revenir sur les *symptômes cliniques*, que nous avons minutieusement décrits dans le *Compte rendu* de Bicêtre de 1889 [1], — Deb..., nous le répé-

[1] Deb... est entré dans le service en février 1890. Mais en raison de l'importance de son observation, nous l'avons insérée à la fin du *Compte rendu* de 1889 qui allait paraître.

tons, était un des plus beaux types d'idiotie myxœdémateuse que nous avons observé. Les figures 12, 13 et 14, — jointes à celles que nous avons données en 1889 et en 1896, ne laissent aucun doute à cet égard.

II. Le *traitement thyroïdien* en *julep*, puis en *injections sous-cutanées* n'avait produit, chez lui, aucun résultat. Appliqué en *ingestion stomacale* en juin et juillet 1895, la taille n'a gagné que *deux centimètres et demi* (1896). Bien que, en raison des phénomènes graves occasionnés par le traitement nous n'ayions pas cru devoir le reprendre, la taille, stationnaire en 1897, s'est élevée à 97 centimètres en 1898, s'y est maintenue en 1899 et 1900, puis est montée successivement à 99 centimètres, à *un mètre* (1901), enfin à 1 m. 05 en 1902. Elle n'en était pas moins à 63 centimètres au-dessous de la taille moyenne à son âge (36 ans), qui est de 1 m. 68 : *nanisme myxœdémateux*.

III. Sous l'influence du traitement, et sans doute aussi de l'âge, la *fontanelle antérieure*, qui persistait encore il y a quelques années, s'est fermée et, à l'autopsie, nous avons trouvé à sa place une plaque osseuse transparente.

IV. Bien que Deb..., fût âgé de plus de trente-six ans, la *puberté*, chez lui, ne s'était pas développée. La face, les aisselles, le corps étaient à peu près tout à fait glabres. Il n'existait que quelques poils au pénil, les organes génitaux étaient restés infantiles, et jamais il n'a manifesté d'impulsions génitales.

V. La *température rectale* de Deb... était d'habitude, comme chez tous nos myxœdémateux, au-dessous de la normale. Au moment de la mort, presque foudroyante, elle était descendue à 34°. Ce cas d'*hypothermie* s'ajoute à ceux que nous avons consignés dans maintes publications, entre autres dans le *Compte rendu* de Bicêtre de 1901 (p. 167). A un moment, après la mort, elle a même été au-dessous de la température du milieu ambiant.

VI. La *description du squelette*, peut-être la première aussi détaillée, l'*analyse chimique de la peau*[1], l'*examen*

[1] Voir une analyse semblable de MM. Yvon et Thabuis (*Compte rendu* de 1886, p. 46); de M. Requier (*Compte rendu* de 1889, p. 99 et de M. Cornet (*Compte rendu* de 1894, p. 122).

histologique du cerveau[1] font de cette observation l'une des plus complètes, sinon la plus complète, qui ait été publiée jusqu'à ce jour *mateuse*.

VII. Depuis 1880 jusqu'à ce jour, il a toujours existé dans le service quelques cas de *myxœdème infantile*. De là, un certain nombre de publications personnelles que nous croyons devoir rappeler à la fin de cette observation :

1° *Note sur un cas de crétinisme avec myxœdème ou cachexie pachydermique*. Compte rendu de 1880, p. 16 (en collaboration avec d'Ollier); — 2° *De l'idiotie compliquée de cachexie pachydermique ou idiotie crétinoïde*. Compte rendu de 1886, p. 3 (en collaboration avec P. Bricon); — 3° *Nouveau cas d'idiotie avec cachexie pachydermique; idiotie crétinoïde ou idiotie myxœdémateuse*. Compte rendu de 1888, p. 3; — 4° *De l'idiotie avec cachexie pachydermique*. Compte rendu de 1889, p. 51, et *Association française pour l'avancement des sciences* (août 1889); — 5° *Nouvelle observation d'idiotie myxœdémateuse ou cachexie pachydermique*. Compte rendu de 1889, p. 172; — 6° *Nouvelle contribution à l'étude de l'idiotie myxœdémateuse*. Compte rendu de 1890, p. 206 (*Congrès de médecine mentale de Rouen*); — 7° *Etat du squelette d'un malade atteint d'idiotie myxœdémateuse*. Compte rendu de 1891, p. 34; — 8° *Idiotie myxœdémateuse*. Compte rendu de 1894, p. 92; — 9° *Trois cas d'idiotie myxœdémateuse traités par l'ingestion thyroïdienne*. Compte rendu de 1895, p. 167, et *Congrès des aliénistes et neurologistes de Bordeaux*, t. II, p. 178; — 10° *Nouveau cas d'idiotie avec cachexie pachydermique*. Compte rendu de 1896, p. 49. *Communication faite à la Société de Biologie*, séance du 15 mai 1896; — 11° *Cinq cas d'idiotie myxœdémateuse* (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 1897, p. 32; — 12° *De l'action de la glande thyroïde sur la croissance et l'obésité chez les idiots myxœdémateux, obèses ou atteints de nanisme* (Congrès des aliénistes et neurologistes de Nancy, 1896, t. II, p. 372); — 13° *Myxœdème infantile* (*Communi-*

[1] Un de nos anciens internes, M. Pilliet, nous a donné un examen histologique du cerveau de Cab.,. (myxœdémateux) et de sa peau (*Compte rendu* de 1889, p. 97). — Du même auteur : *Encéphalites chroniques de l'enfance* (*Ibidem, p.* 113).

cation faite au Congrès international de médecine de 1900, *section de neurologie*); — 14° *Idiotie myxœdémateuse; traitement thyroïdien; observation de Félicie T...* Compte rendu de 1900, p. 22. — Toutes ces observations ont été illustrées de nombreuses *figures* et de *planches*.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Nouvelle contribution à l'étude de l'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux. Atrophie papillaire et décollement de la rétine ;

PAR LES DOCTEURS

P. KERAVAL
Médecin en chef des Asiles de la Seine.

ET

G. RAVIART
Médecin adjoint de l'Asile d'Armentières.

Nous avons dans un premier travail[1] étudié les différents stades des lésions du fond de l'œil dans la paralysie générale.

Nous rapportons aujourd'hui l'observation d'un paralytique qui, outre une atrophie papillaire bi-latérale, présentait un vaste décollement de la rétine de l'œil droit; nous pensons que la publication de ce cas rare apportera une contribution utile à l'étude commencée par nous.

Mar... A., trente-huit ans, rattacheur, marié, père de deux enfants, entre à l'asile des aliénés d'Armentières le 8 juin 1901, présentant la plupart des signes de la paralysie générale. C'est un syphilitique et un alcoolique invétéré. Deux ans avant l'entrée à l'asile, il a perdu la vue : ce n'est qu'un an plus tard que les troubles mentaux apparurent, caractérisés qu'ils étaient par un simple affaiblissement des facultés intellectuelles; plusieurs mois après se montrent des idées délirantes de jalousie : « sa femme a des amants, elle leur donne de l'argent », de persécution « on lui en

[1] Keraval et Raviart. *L'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux et ses lésions anatomiques initiales et terminales* (*Archives de Neurologie*, 1903, n° 85).

veut : ses aliments sont empoisonnés ». Il ne dort plus, s'excite violemment, menace de tuer sa femme, se jette sur elle, puis se sauve en chemise dans la rue, brise tout etc. On doit l'interner. A l'entrée, il est excité; toujours persécuté, il cherche à fuir, refuse de manger, aussi doit-on l'alimenter à la sonde. Etat démentiel des facultés, désorientation absolue.

Signes physiques de la paralysie générale. Faciès sans expression, tremblement fibrillaire de la langue, embarras de la parole caractéristique; tremblement des mains. Réflexe rotulien exagéré. Signes physiques de dégénérescence. Athérome artériel.

Complètement aveugle, très affaibli, gâteux, Mar...doit être immédiatement alité.

L'examen ophtalmoscopique est pratiqué le lendemain de l'entrée Il donne les résultats suivants :

Œil gauche : atrophie papillaire blanche.

Œil droit : décollement de la rétine s'étendant à tout l'hémisphère inférieur et à une partie de l'hémisphère supérieur rendant ainsi la papille totalement invisible.

Tenant à peine debout, Mar... est resté alité pendant toute la durée de son séjour à l'asile ; il s'affaiblit peu à peu et mourut dans le marasme treize mois après son entrée.

Autopsie. — Le corps est très amaigri. La région sacrée présente une vaste eschare. On distingue sur la face antérieure de la verge la trace fort nette d'un chancre syphilitique.

La *calotte crânienne* est d'épaisseur moyenne, et présente au niveau des pariétaux, au voisinage de la ligne médiane, de profondes dépressions dues aux granulations méningiennes de Pacchioni. — La *dure-mère* a un aspect normal. — La *pie-mère* extrêmement distendue par du liquide d'œdème est congestionnée, son aspect est lactescent. Elle se détache assez facilement de l'écorce cérébrale non sans entrainer toutefois ende nombreux points un peu de substance grise.

Tandis que l'on enlève le cerveau, il s'écoule une très grande quantité de liquide céphalo-rachidien.

A l'examen de la face inférieure de l'encéphale, nons pouvons constater la quasi intégrité des *vaisseaux*, il n'y a pas d'athérome apparent. Les *nerfs optiques* apparaissent très atrophiés ; leur coloration est grisâtre, le *chiasma* présente le même aspect.

Les *circonvolutions cérébrales* qui ne semblent pas très atrophiées sont le siège de nombreuses érosions caractéristiques. La substance grise est légèrement ramollie surtout au niveau de l'extrémité antérieure des lobes temporaux. Pas d'autre lésion de la substance blanche qu'un léger piqueté hémorrhagique. Les *ventricules latéraux* sur les parois desquels on observe de nombreuses granulations, sont distendus par le liquide céphalo-rachidien.

La *moelle épinière* ne présente pas d'altérations macroscopiques.

En somme lésions caractéristiques de la *paralysie générale*.

Les Yeux énucléés quelques heures après la mort ont été fixés dans le formol, inclus dans la celloidine et coupés parallèlement au méridien vertical de façon que les coupes de l'œil droit intéressent à la fois la partie de la rétine décollée et l'autre partie.

Nos coupes ont été traitées par de nombreux procédés de coloration, mais c'est surtout à l'hématoxyline à l'alun que nous nous sommes adressé pour la coloration des noyaux, au mélange de Van Gieson pour celle du tissu conjonctif et des cylindraxes.

Œil droit. — C'est sur des préparations intéressant à la fois le nerf optique à son entrée dans le globe de l'œil, la papille en sa partie centrale et la rétine en ses parties supérieure siège du décollement et inférieure non décollée que nous étudierons les lésions présentées par l'œil droit. Nous passerons successivement en revue chacun des éléments : le *nerf optique* présente une prolifération très accusée de ses éléments conjonctifs et névrogliques ainsi qu'on peut s'en rendre compte à l'examen de notre première figure; les espaces interfasciculaires (1 *fig.* 1) sont particulièrement riches en noyaux : ceux-ci appartiennent pour la plupart à des cellules de névroglie. Les éléments du tissu conjonctif dont beaucoup semblent provenir du tissu conjonctif choroïdien sont également très proliférés. Ils sont du fait de leur origine dirigés surtout transversalement; cette prolifération est surtout marquée au niveau de la *lame criblée* où tout élément nerveux a disparu.

A mesure que nous approchons de la papille, le nombre de ces éléments augmente; au très grand nombre de noyaux qui semblent nés sur place, viennent se joindre en 2 (*fig.* 18) par exemple des noyaux conjonctifs provenant de la partie interne de la choroïde de sorte que la *papille* (3 *fig.* 1) présente un état de sclérose déjà avancé; il n'est plus possible d'y distinguer de fibres optiques et il n'entre plus dans sa structure que quelques fibrilles conjonctives néoformées noyées dans la masse des noyaux conjonctifs et névrogliques. Ce sont là en somme les lésions du dernier stade de l'atrophie papillaire des paralytiques généraux : nous les avons étudiées en détail dans notre premier travail, aussi comprendra-t-on que nous n'insistions pas davantage ici.

Les *vaisseaux* (4 et 5 *fig.* 18) ont leur paroi peu épaissie, ils sont entourés d'un tissu conjonctif, abondant, toutefois, il ne semble pas qu'il jouent ici un rôle prédominant dans la production de la sclérose.

La *rétine* présente dans ses parties avoisinant la papille (6 et 7 *fig.* 18) des lésions de même intensité que celles que nous avons

décrites à ce niveau, et les fibres et cellules nerveuses des couches correspondantes ont disparu pour faire place aux éléments conjonctifs et névrogliques proliférés. A mesure qu'on s'éloigne de la papille, ces lésions si marquées de sclérose diminuent peu à peu d'intensité; la sextuple rangée de cellules conjonctives et névrogliques qui aux abords de la papille occupe la couche des fibres nerveuses, devient moins dense, mais d'autres lésions plus intéressantes s'offrent alors à notre observation; elles sont particulièrement marquées à un demi centimètre environ de la papille dans l'hémisphère supérieur : c'est en ce point que nous allons les étudier.

On les trouvera figurées aussi exactement que possible dans notre second dessin représentant une coupe transversale de la rétine et de la choroïde au niveau du décollement. Voyons successivement chacune des couches et étudions les modifications qu'elle a pu subir :

La *limitante interne* (1, *fig.* 19) est épaissie, elle mesure plus de deux μ; d'épaisses fibres de Muller 2 (*fig.* 19) en partent, on les voit d'abord se diriger presque horizontalement puis s'infléchir pour descendre verticalement vers les couches externes de la retine,

La *couche des fibres nerveuses*, ne semble plus contenir de fibres opliques intactes, elle présente des lésions extrêmement accusées qui vont jusqu'a la désintégration complète des éléments et aboutissent à la production d'espaces lacunaires assez étendus comme en 4 par exemple. Les noyaux conjonctifs et névrogliques y sont peu abondants, on les rencontre surtout autour des petits vaisseaux qui en 5 par exemple présentent une notable hypertrophie de leurs parois.

La *couche ganglionnaire* présente des altérations extrêmement avancées. Non seulement il est impossible de découvrir une seule cellule nerveuse saine, mais en maint endroit, toute trace d'élément noble a complètement disparu. Les logettes qui les contenaient apparaissent au contraire avec évidence, on les voit particulièrement bien sur notre *figure* 19 et on peut en certains points s'assurer que les fibres de Muller contribuent à la formation de leurs parois. Quelques-unes de ces loges sont vides, mais la plupart contiennent ou bien des cellules de névroglie à noyau volumineux demeurées là après la destruction de la cellule nerveuse, ou quelques débris de la cellule disparue : un noyau sans nucléole, gonflé et incolore, ou bien encore comme en 3 par exemple deux noyaux accolés, encore nucléolés faiblement colorés semblant être le vestige d'un essai de multiplication d'une cellule nerveuse irritée.

Les éléments fibrillaires de la *couche moléculaire* sont diminués en nombre et les mailles de son plexus sont beaucoup moins serrées que normalement.

La *couche granuleuse interne*, épaisse de 50 μ a quelques-

Fig. 18. — Coupe longitudinale de la papille et du nerf optique. Grossissement : 80 diamètres.
Lésions d'atrophie papillaire. En 1 amas nucléaires interfasciculaires ; en 2 éléments conjonctifs venant de la choroïde ; en 3 papille sclérosée ; en 4 artère centrale ; en 5 veine, en 6 et 7 rétine : couche des fibres nerveuses envahie par de nombreuses cellules conjonctives et névroglique.

uns de ses éléments plus ou moins désagrégés à noyau gonflé et incolore ; ils prédominent dans la partie externe.

Les altérations présentées par la couche *intergranuleuse* sont des

plus intéressantes. Nous nous trouvons ici en présence de la lésion décrite sous le nom de sclérose en arcades de la rétine. Cette couche, qui atteint ici une épaisseur considérable : 70 μ. a, par suite de la « métamorphose régressive » des éléments nerveux de la rétine, métamorphose fréquente dans les cas de décollement, perdu tout le fin réticulum de fibrilles nerveuses, qui la constitue normalement; de sorte qu'il ne reste plus que les fibres de Muller (7, *fig.* 19) formant autant de colonnes verticales épaisses de 1 à 2 μ séparées par des intervalles de 5 à 7 μ remplis par un liquide incolore.

La *couche granuleuse externe*, épaisse d'environ 50 μ ne présente pas de lésion appréciable.

La *membrane limitante externe*, n'apparait pas nettement partout; bien visible en certains points de la *figure* 19 (en 9), elle ne semble pas exister en d'autres.

La *couche des cônes et des bâtonnets*, est le siège d'altérations intéressantes, surtout au niveau des articles externes. Les *bâtonnets* ont, comme on peut s'en rendre compte en 10, *fig.* 19, notamment, une forme irrégulière; ils sont gonflés et tortueux, parfois moniliformes. Mais ce sont surtout les *cônes* qui sont le plus altérés; leur article externe est presque toujours très gonflé, il a la forme d'une sphère, énorme parfois, il a éclaté en certains points comme en 11 par exemple où on ne distingue plus que sa partie interne; presque partout ils sont plus ou moins désagrégés et leur extrémité libre a disparu.

Avant d'étudier la couche pigmentaire. nous devons dire quelques mots de l'exsudat, ce dernier se trouvant épanché entre la rétine et cette couche.

L'*exsudat*, contient en assez grand nombre divers éléments qu'on trouve représentés *figure* 19; ce sont des débris plus ou moins reconnaissables de cônes et de bâtonnèts : en 12 par exemple on reconnait très bien dans cette masse sphérique mesurant 11 μ de diamètre l'article externe d'un cône, en 13 c'est vraisemblablement à un fragment de bâtonnet que l'on a affaire.

D'autres éléments paraissent être des leucocytes plus ou moins volumineux enfin on rencontre surtout en abondance des cellules de la couche pigmentaire encore bien reconnaissables en 14 mais le plus souvent fortement désagrégées, leur noyau libre, leurs granulations dispersées comme en 15 par exemple.

La *couche pigmentaire* (16, *fig.* 19) complètement séparée de la rétine, est restée dans presque toute son étendue adhérente à la choroïde, toutefois elle en est également détachée en certains points ce qui est le cas dans notre *figure* 19. Les cellules épithéhales qui composent cette couche, sont plus ou moins altérées, quelques unes perdent leur forme polygonale et sont plus ou moins arrondies, leur richesses en pigment est très variable; d'une façon

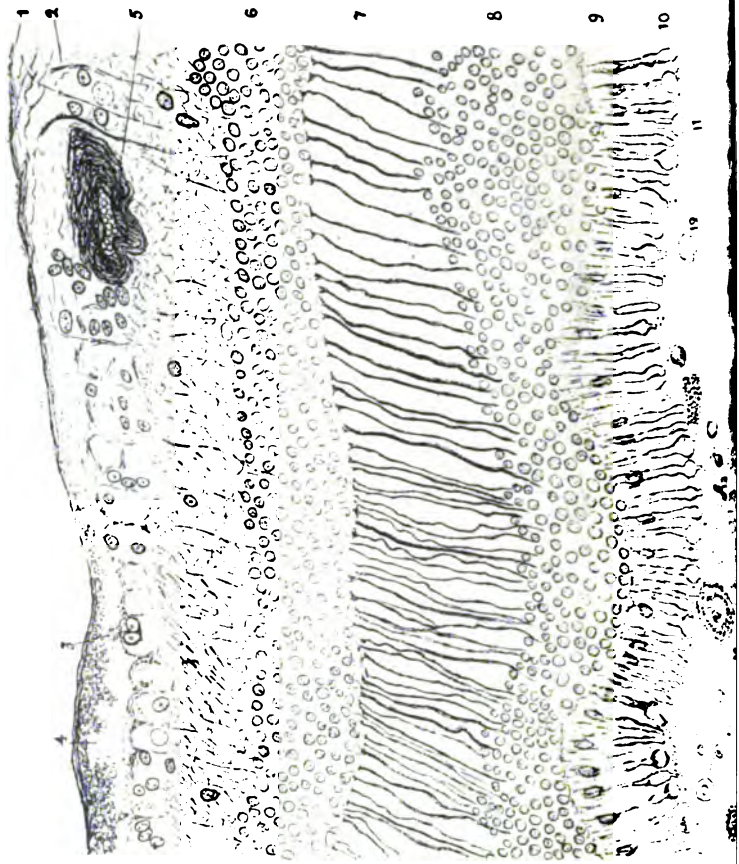


Fig. 19. — Coupe transversale de la rétine et de la ch

1, Limitante interne; 2, fibres de Muller, 3, noyaux de cellule nerveuse proliférée; 4, lacune
7, fibres de Muller formant autant de colonnes séparées par des espaces remplis de sérosité; 5,
a éclaté; 12, article externe de cône gonflé flottant dans l'exsudat; 13, fragment de bâtonnet; 14, e
dépourvues de pigment; 18, membrane vitrée; 19, capillaire; 20, cellule pigmentée de la choro

au du décollement. Grossissement : 295 diamètres.

ntégration des tissus 5, petit vaisseau à paroi hypertrophiée; 6, couche granuleuse interne; se externe; 9, membrane limitante externe; 10, bâtonnet déformé; 11, article externe de cône qui r pigmentaire; 15, débris de cellules de la même couche; 16, couche pigmentaire; 17, cellules paroi épaissie; 22, veine fortement congestionnée; 23, artère dont la lumière est oblitérée.

générale il est moins abondant que normalement et certaines cellules en sont presque complètement dépourvues (17, *fig.* 19).

La *choroïde* présente à ce niveau des lésions très caractéristiques, susceptibles d'éclairer la pathogénie du décollement.

La *membrane vitrée* et la *couche des capillaires* ne semblent pas trés altérées mais il n'en est pas de même de la *couche des gros vaisseaux*; les artères ont leurs parois généralement épaissies, 21: leur lumière peut même être oblitérée, c'est le cas de l'artériole figurée en 23. Les veines sont fortement congestionnées, celle qui est représentée en 22 en présente un bel exemple; elles contiennent en assez grand nombre des leucocytes polynucléaires.

Le *stroma choroïdien*, très riche en faisceaux de fibres conjonctives, et en cellules fortement pigmentées, 20, contient en outre de nombreuses cellules lymphatiques et un certain nombre de lymphocytes de volume variable situés entre les fibres conjonctives du stroma séparées par un exsudat séreux, incolore, plus ou moins abondant suivant les points.

Telles sont les lésions que nous rencontrons dans la partie de l'hémisphère supérieur de l'œil voisine de la papille. Si nous examinons maintenant des parties plus éloignés, nous trouvons toujours les mêmes altérations des différentes couches; toutefois la sclérose en arcades diminue peu à peu, et bientôt, à environ un centimètre de la papille, la couche intergranuleuse présente un aspect à peu près normal. Par contre, la rétine tout entière qui à ce niveau flottait dans l'exsudat, a un aspect flou. ses éléments anatomiques sont moins bien colorés qu'ailleurs et chacun d'entre eux parait gonflé. Les éléments de la couche des cônes et des bâtonnets, sont peu nets, on les distingue mal les uns des autres et on peut constater la présence de nombreuses vacuoles correspondant tant aux articles internes qu'aux articles externess des cônes et des bâtonnets.

A une plus grande distance encore de la papille, nous voyons la couche intergranuleuse disparaitre; les couches granuleuses interne et externe dont les éléments sont beaucoup moins nombreux et très gonflés sont confondues; la couche des cônes et des bâtonnets est devenue méconnaissable.

Enfin dans les parties les plus éloignées, toute division en couches est impossible, la rétine diminuée de volume, infiltrée de pigments, présente bien les lésions de l'atrophie pigmentaire consécutive au décollement. A ce même niveau, la

choroïde est très altérée et présente des lésions de sclérose caractéristiques.

Du côté de l'hémisphère inférieur de l'œil droit les lésions sont moins accusées. Dans le voisinage immédiat de la papille, on rencontre comme précédemment toutes les lésions étudiés et représentées figure 2 mais bientôt l'atrophie si marquée de la couche intergranuleuse disparaît et l'on n'observe plus dans les parties non décollées la sclérose en arcades ; d'autre part la rétine présente jusque dans ses parties les plus éloignées de la papille des couches bien distinctes quoique plus ou moins altérées dans leurs éléments.

L'ŒIL GAUCHE, présentait simplement les lésions de l'atrophie papillaire, nous n'insisterons pas; qu'il nous suffise de dire qu'elles sont moins intenses que du côté droit et qu'on n'observait pas comme du côté décollé l'aspect en arcades de la couche intergranuleuse de la rétine ni les lésions d'imbibition des cônes et des bâtonnets.

Enfin l'aspect de la choroïde gauche est profondément différent de celui de la droite : la menbrane est ici beaucoup moins épaisse, on y constate bien encore de l'épaississement des parois artérielles et de la sclérose conjonctive, mais la congestion veineuse n'existe pas, et on n'observe pas d'exsudat entre les fibres connectives.

En somme, il s'agit d'un malade syphilitique et alcoolique, qui, un an avant de présenter les troubles mentaux de la paralysie générale fut atteint de cécité. Lorsque deux ans plus tard l'examen ophthalmoscopique fut pratiqué on constata l'existence d'une atrophie papillaire blanche du côté gauche. d'un vaste décollement de la rétine de l'autre côté.

L'examen histologique est venu confirmer le diagnostic clinique et nous a décelé les lésions ordinaires de l'atrophie papillaire et rétinienne, dans les deux yeux, soit l'absence presque complète d'éléments nobles auxquels se sont substituées de nombreuses cellules conjonctives et névrogliques.

Du côté de l'œil à rétine décollée, outre les lésions précédentes, nous avons observé l'altération de la rétine dite sclérose en arcades, et dans les points décollés les plus éloignés de la papille une rétinite atrophique avec infiltration de pigments.

La choroïde du même côté présentait une congestion

intense de ses veines, un exsudat-séreux interstitiel et une sclérose artérielle des plus marquées; ces altérations nous permettent de penser sans toutefois vouloir prétendre à éclairer d'un jour nouveau la pathogénie du décollement de la retine, qu'il s'agit ici d'un *décollement consécutif à une choroïdite séreuse laquelle paraît devoir être rattachée dans l'espèce aux processus inflammatoires et congestifs caractéristiques de la paralysie générale.*

Drames de l'alcoolisme.

Une victime de l'alcool. — Le sieur Célestin Ressencourt, cinquante-sept ans, journalier à Bonnebosq, canton de Cambremer, était couché dans un lit voisin de celui de sa femme. Se levant dans la nuit, sous prétexte de satisfaire un besoin, il se rendit dans sa cuisine, y décrocha son fusil chargé avec du petit plomb, revint dans sa chambre et se tira un coup de son arme dans l'oreille droite. La mort fut instantanée. Depuis quelque temps, Ressencourt ne semblait plus jouir de la plénitude de ses facultés mentales; il ne voulait plus travailler et s'adonnait à la boisson. C'est sous l'empire d'une crise alcoolique qu'il a mis fin à ses jours. (Le *Bonhomme Normand* du 16-22 janvier 1902).

Victime de l'alcool. — En rentrant chez lui, le soir, à Percy-en-Auge, près Mézidon, le sieur Pierre Tabur, trente-six ans, employé au chemin de fer, trouva sa femme, née Amanda Robillard, quarante-neuf ans, tombée à terre ivre morte. Un de ses voisins, le sieur Leroy, étant venu à passer, il le fit rentrer, puis ils partirent au café. Quand Tabur revint, à minuit, pour se coucher, il trouva sa femme étendue dans la cuisine, entre l'âtre et une table, à moitié carbonisée. La malheureuse, s'étant approchée de la cheminée ou ayant fait tomber la lumière, aura mis le feu à ses vêtements. (*Le Bon Normand*, 20 février 1903.)

Accès de delirium tremens. — Ce matin, à la caserne Debilly, l'adjudant Thoron, du 161e, en grande tenue, ganté de blanc, s'est tiré un coup de revolver dans la tempe droite, la balle est sortie par le sommet de la tête. L'adjudant Thoron était originaire de Bretagne, il avait trente-cinq ans. Depuis quelques années, il s'adonnait à l'absinthe et on croit que c'est dans un accès de delirium tremens qu'il s'est donné la mort. (*Le Progrès de Lyon*, 10 juillet 1903.)

CLINIQUE NERVEUSE.

Délire et petit brightisme;

PAR

A. VIGOUROUX, médecin en chef. ET P. JUQUELIER, interne.

à l'asile de Vaucluse.

Observation III. — D... Alexandre-François, 74 ans, mécanicien, entre dans le service le 25 janvier 1902. D'une bonne santé habituelle, travailleur très actif et sobre, il n'a pas d'antécédents héréditaires directs : une tante maternelle est morte quelque temps après un ictus suivi d'hémiplegie. Depuis 40 ans, sa femme ne l'a pas connu malade. A l'âge de 34 ans, il a reçu sur la tête un madrier assez lourd. Cet accident n'a pas eu de conséquences immédiates. Le malade a toujours été d'un naturel assez vif, s'exaltant facilement, se mettant en colère à propos de la moindre contrariété. Sept mois avant le début des accidents qui l'ont conduit à l'asile il a perdu de tuberculose aiguë un petit-fils de 15 ans et a conçu de ce deuil un chagrin très vif. Depuis il n'est pas bien portant. Un mois après la mort de son petit-fils il fut obligé d'interrompre son travail, de s'aliter. Le médecin fut appelé parce que D... n'avait pas de sommeil, délirait la nuit et constata dans ses urines la présence d'une certaine quantité d'albumine, D... n'a pu reprendre son travail et les troubles psychiques ont été en s'accroissant sous l'influence d'allucinations de presque tous les sens; il accusait sa femme de le tromper avec un contre-maître de la maison où il travaillait. Il a tenté à plusieurs reprises de mettre le feu chez lui, intentionnellement pour se venger, si bien que sa femme et sa fille furent obligées de se séparer de lui. Il ne fit que passer à l'asile clinique où M. le Dr Magnan porta le diagnostic suivant : « Léger affaiblissement intellectuel avec hallucinations, idées ambitieuses et de persécution, sensiblerie, excitation par intervalles, excès probables de boissons. » Or des renseignements fournis par sa femme nous apprirent qu'il n'avait jamais fait d'excès alcooliques, mais qu'au contraire, albuminurique avéré, depuis six mois il suivait un régime approprié à cet état.

Il arrive dans le service le 25 janvier 1902. Au moment de son entrée le malade est assez agité. Turbulent; euphorique il prétend avoir une très jolie voix et il chante, il se vante de savoir très bien danser, il quitte son lit pour faire un pas, demande à sortir, se plaint de ses voisins, est très loquace.

Physiquement, il est en apparence bien portant, et ne paraît pas son âge. Les pupilles sont égales et réagissent bien. La langue est un peu déviée à gauche, la parole est normale. Les reflexes patellaires sont conservés (le gauche est un peu plus fort). Le reflexe plantaire est normal. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité générale. La force musculaire est un peu diminuée du côté gauche. Le malade nous dit que cet affaiblissement a suivi un ictus passager survenu il y a un an. L'appétit est normal, l'appareil digestif et l'appareil respiratoire fonctionnent régulièrement. Mais l'auscultation du cœur révèle la présence d'un bruit de galop à dédoublement au 1er temps et les urines pâles, abondantes, contiennent une certaine quantité d'albumine (0,75 par litre au 1er examen). De plus le malade dit qu'il est obligé d'uriner souvent surtout la nuit. Il se réchauffe difficilement dans son lit.

Au point de vue mental on note de l'affaiblissement intellectuel, avec amnésie des faits récents et délire polymorphe : mélange d'idées de persécution et d'idées de satisfaction : sa femme l'a trompé, et pourtant il est un fort bon chanteur ; il sait chanter, danser, dire des monologues, etc. Il se porte très bien et veut reprendre son travail.

Cet état d'excitation persiste pendant la première quinzaine du séjour du malade à l'asile. D... pleure souvent, accuse sa femme de l'avoir empoisonné, un instant après il rit et chante ; les nuits sont mauvaises. La pollakiurie et l'albuminurie persistent. Il a refusé de recevoir sa femme un jour qu'elle est venue le visiter. D'ailleurs le malade a fort bon appétit et a grand soin de sa personne.

Le 8 février, au moment de l'établissement du certificat de quinzaine, D... est beaucoup plus calme, mais il n'a pas renoncé à ses idées de persécution : sa femme a voulu l'empoisonner, mais il lui pardonne, et s'il l'a menacée, c'était pour lui faire peur. Qu'elle vienne le chercher au plus tôt et tout sera oublié. Le malade est au régime lacté absolu depuis le 2 février. Après quelques jours de calme, il est sur sa demande mis à un régime alimentaire moins exclusif, malgré la persistance d'une albuminurie légère. Il semble bien que la cessation du régime lacté ait été suivie d'une reprise des phénomènes d'excitation ; les idées de persécution reviennent plus actives : « Sa femme l'a fait enfermer pour se débarrasser de lui et pour se remarier. Ici on ne le soigne pas. Ses voisins, qui se plaignent constamment, l'irritent. »

Le 20 février, l'épreuve de la glycosurie alimentaire donne un résultat positif, l'albuminurie persiste avec les autres signes déjà

signalés de petite urémie, mais la participation d'une altération cellulaire au moins partielle du foie indiquée par la glycosurie alimentaire sera confirmée par une analyse d'urine pratiquée ultérieurement. Même état jusqu'au milieu du mois de mars ; le 21 mars il a mieux reçu sa femme, mais après le départ de celle-ci il a manifesté une tristesse plus grande que l'anxiété (il lui semble qu'il a des remords). Il a pleuré, s'est mis en colère après son voisin de lit qui marmotte continuellement, et a accusé des hallucinations auditives : des voix lui chuchotent son nom à l'oreille, et le font suivre d'injures : D... cochon. » Reprise du régime lacté. Depuis cette époque jusqu'à l'heure actuelle, le malade a passé par des alternatives de dépression et de gaîté avec excitation. Les urines ont été examinées chaque semaine, et l'albuminurie y a toujours été signalée. Le régime mixte alterne avec le régime lacté absolu, parce que le malade se lasse vite de celui-ci.

Au début du mois de mai, le malade a été pendant quelques jours très abattu, pleurant, se croyant mort, épuisé physiquement, se plaignant du froid. Il semble bien que cet état psychique a coïncidé avec une poussée rénale, car les urines devenues plus rares contenaient par litre 1 gramme d'albumine.

Le 7 juillet l'examen complet des urines a donné les résultats suivants :

Volume	2,325 lit.
Densité	1,006 à 20°.
Urée totale	17,65.
Coefficient d'oxydation	68.
Acide urique	0,38.
Albumine	0,50 par litre.
Traces d'urobiline	

Le 8 juillet l'épreuve du bleu de méthylène montre que l'élimination est très retardée, car la coloration bleue ne s'est montrée (à peine sensible) qu'à partir de la 6e heure (le chromogène il est vrai n'a pas été recherché). L'analyse et l'injection de bleu ont été pratiquées au cours d'une période d'euphorie et d'excitation gaie. Fin juillet, nouvelle crise de dépression mélancolique coïncidant avec une augmentation de la quantité d'albumine (1 gramme par litre). Diminution partielle de la quantité de l'urine (1 litre par 24 heures). Même retard de l'élimination du bleu.

A la fin de la première semaine du mois d'août, il y eut un peu d'amélioration dans l'état mental du malade, qui devint moins triste, moins déprimé et moins anxieux. Une nouvelle injection de bleu fut alors pratiquée, et on constata que l'élimination fut moins retardée et moins lente qu'à des examens antérieurs, car elle fut sensible dès la troisième heure.

Au mois de septembre le malade retomba, et son état ne fit alors

que s'aggraver jusqu'à sa mort survenue au milieu d'octobre. La tristesse et la dépression reprirent. La nuit son anxiété augmentait : « Nous sommes tous perdus, la maison va s'écrouler, tout va sauter. »

Au point de vue physique les forces diminuèrent rapidement, l'alimentation étant de plus en plus difficile. D'autre part une diarrhée très rebelle et très fétide contribua encore à épuiser le malade. La mort survint dans le coma le 16 octobre.

En résumé : chez un vieillard de 74 ans atteint de néphrite chronique, apparaissent d'abord des troubles délirants (hallucinations et idées de persécution) qui ont les caractères du délire alcoolique. Ensuite ce malade présente des alternatives d'anxiété mélancolique et d'excitation avec euphorie, et les périodes d'anxiété paraissent coïncider, avec une augmentation de l'albumine, la diminution de l'excrétion urinaire, et un retard plus grand dans l'élimination du bleu de méthylène.

La constatation de la glycosurie alimentaire et de l'urobilinurie, la forme polycyclique de la courbe d'élimination du bleu montre qu'un certain degré d'insuffisance hépatique coexistait avec le mal de Bright. Il est donc difficile d'apprécier exactement la part qui revient à l'insuffisance rénale dans la pathogénie de cet état mental, d'autant plus que malheureusement l'autopsie n'a pu être pratiquée.

Observation IV (résumée). — M..., Eugène, quarante-sept ans, est entré dans le service le 9 février 1901. Il présente au moment de son entrée un délire hallucinatoire très intense.

Il voit sa femme et ses enfants passer devant ses fenêtres et les entend appeler au secours, lui-même va mourir. On va procéder à son autopsie, et pour éviter la mort, il cherche à se jeter par la fenêtre. Il est très anxieux et porté aux réactions violentes. Il a été considéré à l'infirmerie du dépôt par M. le Dr Legras comme un dégénéré alcoolique.

L'examen somatique pratiqué a son entrée révèle qu'il est porteur d'une double lésion mitrale, le foie est douloureux, les jambes légèrement œdématiées; les urines extrêmement rares ne contiennent pas d'albumine. Les renseignements fournis par sa femme et confirmés par lui après sa guérison nous apprennent qu'une attaque grave de rhumatisme articulaire aigu, subie à l'âge de quatorze ans, fut suivie de maladie mitrale. Il a même eu plusieurs attaques d'asystolie, de la congestion pulmonaire et a présenté de l'albuminurie intermittente. Jamais il n'eut de troubles cérébraux. Soigné pour ses accidents cardiaques, il était abstinent depuis trois ans et au régime lacté intégral depuis cinq mois.

Quelques jours avant son entrée, un nouveau médecin consulté avait fait interrompre le régime lacté et fait remplacer celui-ci par un régime dans lequel entraient la viande grillée, les légumes, etc. Après deux jours de ce régime, les urines diminuèrent, M... ressentit des maux de tête et un délire hallucinatoire surtout nocturne s'installa ; ses enfants lui paraissaient être des cadavres. Il voyait le plafond s'abaisser, les fenêtres se rétrécir. Il se sentait enfoncé dans le sous-sol... On va l'empoisonner, le tuer, etc. Ce délire nécessita son entrée à l'asile et continua toujours aussi violent pendant les premiers temps du séjour. Le malade fit même une tentative de suicide. Puis au bout de trois semaines, sous l'influence du régime lacté et de la digitale le malade eut une diurèse abondante et en quelques jours, les hallucinations disparurent ainsi que le délire secondaire.

Il semble bien que ce délire a été provoqué par insuffisance de la fonction rénale chez un cardiopathe, et bien que ce délire ait eu les caractères du délire alcoolique, l'abstinence totale du malade depuis 3 ans, le régime lacté intégral qu'il suivait depuis 5 mois permettent d'écarter l'influence de l'alcool dans la genèse des accidents hallucinatoires et délirants.

Observation V. — Sch... (Louis), jardinier, cinquante-cinq ans, est entré à l'asile de Vaucluse, le 18 janvier 1902. Il a été amené à l'infirmerie du dépôt à la suite d'une tentative peu sérieuse de suicide, et de quelques accès d'excitation au cours desquels il a commis les actes les plus déraisonnables. Les certificats antérieurs portent : Alcoolisme chronique excès d'absinthe, fureurs, actes inconscients, tentatives de suicide (Dr Legras). Paralysie générale avec idées de satisfaction et de persécution, excitation passagère et tentative de suicide (Dr Magnan).

Ses antécédents héréditaires nous sont inconnus. Sur ses antécedents personnels nous n'avons que très peu de renseignements. Son fils est venu le voir à l'asile en rentrant de Madagascar. Ce jeune homme, d'ailleurs bien portant, a cessé de vivre avec son père, veuf depuis très longtemps, à l'âge de huit ans, et ne l'a vu depuis que rarement. Il sait seulement que notre malade ayant couché trois jours dans la neige pendant la campagne de 1870 se plaint depuis de fréquentes et vives douleurs dans la région lombaire. Ce détail a quelque intérêt au point de vue de l'étiologie des troubles rénaux que nous avons constatés :

Examiné au lit à son entrée dans le service le malade paraît plus âgé qu'il n'est en réalité ; sa physionomie est inquiète au premier abord, mais vite rassuré il ne tarde pas à sourire. Les pupilles sont contractées, mais la droite est légèrement plus grande. Les réflexes pupillaires sont conservés, mais faibles, surtout le réflexe

lumineux. La langue est animée d'un tremblement fibrillaire très accusé. La parole est extrêmement embarrassée. Les réflexes patellaires sont nuls. Le réflexe plantaire en flexion à gauche, est en extension à droite. Le réflexe crémastérien est nul. La sensibilité générale ne paraît pas être atteinte. Mais le malade accuse de fréquentes douleurs dans les membres inférieurs. La marche est difficile.

Quand il est debout, le malade exécute une série d'oscillations involontaires dues à des contractions spasmodiques des muscles postérieurs de la cuisse. Il conserve très imparfaitement l'équilibre les yeux fermés. Il existe un tremblement très fort des doigts. L'appareil respiratoire et l'appareil digestif ne paraissent pas atteints de troubles appréciables. Les artères sont dures, athéromateuses, le pouls est petit, un peu irrégulier. L'examen du cœur révèle l'existence d'anomalies dont l'interprétation est difficile. La pointe bat dans le cinquième espace intercostal gauche en dehors du mamelon. A la palpation, on trouve à son niveau un léger frémissement. A la percussion, la zone de matité de l'aorte empiète un peu sur la droite. A l'auscultation, on trouve : 1° un souffle systolique doux et léger à la pointe avec propagation axillaire ; 2° un double souffle aortique plus bref, plus intense, avec maximum au second temps et propagation le long du sternum. Il semble qu'il y ait bien deux foyers d'insuffisance, car les deux propagations sont nettes, et l'auscultation de la région mésocardiaque est beaucoup plus obscure. L'examen clinique des urines qui sont peu abondantes et fortement colorées indique la présence d'une petite quantité d'albumine.

L'état mental est celui d'un homme fortement affaibli, généralement euphorique, avec quelques préoccupations hypochondriaques. Le malade se plaint en particulier de ne pouvoir manger. Il pleure facilement, mais se console vite. Il n'a pas conscience de sa situation. La notion du temps et du lieu lui font complètement défaut. Mis au régime lacté, le malade, dans les quelques jours qui suivirent, urina plus abondamment. Sans disparaître complètement l'albumine diminua de quantité ; le cœur devint plus régulier. Mais l'état démentiel ne subit aucune modification. Seules les préoccupations hypochondriaques s'effacèrent du tableau clinique et laissèrent la place à un état euphorique constant. La parole demeura très embarrassée, bredouillée et spasmodique à la fois. La contraction des pupilles persiste, ainsi que le tremblement généralisé qui s'exagère dès qu'on s'approche du malade et qu'on lui adresse la parole.

Le 15 février, une injection d'un centimètre cube de bleu de méthylène au vingtième est pratiquée. L'élimination ne commence très faiblement qu'à la troisième heure et s'effectue régulièrement mais avec retard, car à la soixante-douzième heure, elle n'est pas encore terminée.

Le 20 février, le malade, qui réclame toujours à manger et qui n'a presque plus d'albumine, est mis au régime alimentaire ordinaire. — Quelques jours après, l'albumine reparaît en quantité plus abondante (0,50 par litre) et l'état mental subit d'intéressantes modifications. Les préoccupations hypochondriaques reviennent ; le malade pleure continuellement, il manifeste un certain état d'anxiété. Quelques idées délirantes de persécution peuvent être saisies sur le fond démentiel, La nourriture qu'on lui donne n'est pas celle des autres. On lui refuse la soupe qu'il voit manger à ses voisins, etc. Le régime lacté est repris et l'anxiété disparaît.

Du mois de mai au mois d'octobre, il n'y eut pas à noter dans l'état du malade de modifications importantes. A deux reprises en présence de la diminution de l'albuminurie, le régime alimentaire ordinaire fut essayé, mais comme la première fois, il fallut l'interrompre à cause de la mauvaise influence qu'il parut avoir sur l'état mental. Au régime lacté, le malade est resté euphorique et inconscient, s'affaiblissant de plus en plus.

L'examen clinique des urines, pratiqué dans les premiers jours d'octobre, au point de vue de la quantité de l'albumine aux différentes heures de la journée a montré que l'urine du soir contient plus d'albumine que celle de midi et moins que celle du matin. L'analyse complète du 9 octobre donne les résultats suivants pour vingt-quatre heures :

Quantité	850 gr.
Acidité en PO^4	1,32.
Urée	16 gr. 32.
Coefficient d'oxydation	96.
Albumine	0,30 gr. par litre.

Une seconde injection de bleu de méthylène est suivie d'une élimination réguliére mais très retardée.

Le 10 octobre, le malade s'affaiblit davantage. Il commence à prendre du lait moins volontiers. L'examen de la région sacrée montra l'apparition d'une petite escharre qui alla en augmentant malgré les précautions prises. L'euphorie persista. L'auscultation du cœur ne fut pas modifiée et le malade mourut le 23 octobre, s'étant affaibli progressivement et ayant perdu connaissance depuis deux jours.

L'*autopsie* ne put être pratiquée que quarante-deux heures après la mort : L'encéphale pèse 1250 grammes La pie-mère est épaisse, lactescente, mais se décortique facilement. Les artères de la base sont legèrement athéromateuses. Dans l'hémisphère droit du cervelet il existe un *foyer* de ramollissement déja ancien, gros comme la moitié d'une noix. Le foie est volumineux (1770 gr.) et crie à la coupe. Les poumons et la rate ne présentent rien de particulier.

— Le cœur est volumineux (450 gr.). Le ventricule gauche en est très hypertrophié. Les valvules aortiques sont insuffisantes. Il y a sur la grande valve de la mitrale des végétations crétacées. La crosse de l'aorte est irrégulièrement athéromateuse.

Les deux reins sont petits (275 gr. à eux deux) mais le droit est plus volumineux que le gauche. Ce dernier porte au niveau de son pôle supérieur un kyste séreux de la grosseur d'une petite noix. A la coupe, on constate l'atrophie de la substance corticale.

L'*examen histologique* du cerveau confirme le diagnostic de méningo-encéphalite.

La pie-mère est épaisse, fibreuse et infiltrée par place de petites cellules rondes ; elle est le siège de nombreuses petites hémorragies.

Les artères méningées ont leurs parois épaissies ; et celles-ci sont en voie de dégénérescence hyaline.

La substance cérébrale est le siège d'une inflammation relativement faible, les artérioles sont également altérées en leur paroi ; mais la péri-vascularite est peu intense. Dans l'espace périvasculaire on voit un certain nombre de corpuscules hyalins et ceux-ci sont très nombreux à la périphérie immédiatement au-dessous de la pie-mère.

Dans la substance blanche se trouvent des espaces lacunaires au centre desquels sont des artères à parois hyalines, remplies de sang et autour desquelles se voient également des corpuscules hyalins.

Les cellules nerveuses à l'exception des cellules géantes paraissent peu lésées, mais les cellules géantes présentent des altérations manifestes.

Toutes renferment une quantité énorme de pigment. Elles sont en outre déformées et globuleuses ; les unes sont en état de chromatolyse, d'autres ont leur noyau très excentrique, d'autres enfin n'ont plus de noyau et sont en voie de dégénérescence.

Les reins sont très altérés. La lésion qui frappe au premier abord est l'épaississement énorme des parois artérielles qui sont devenues fibreuses. Des artères de l'arc vasculaire, partent des bandes de scléroses qui unissent entre eux les différents troncs vasculaires et montent vers la périphérie.

Cette sclérose est jeune, elle est constituée par des cellules rondes elle dissocie les éléments du rein, séparant les tubes droits et les tubes contournés.

Les glomérules sont également sclérosés, la plupart sont sclérreux, quelques-uns ont subi complètement la dégénérescence fibreuse et sont transformés en petits blocs d'aspect vitreux.

Les cellules épithéliales des tubes contournés sont abrasées ; les noyaux se colorent cependant bien ; un certain nombre de tubes sont en collapsus.

Dans son ensemble le rein est très congestionné.

Le foie est normal à part une énorme congestion, les veines portes et sus-hépatiques sont distendues et les capillaires dilatés. Il n'y a pas de sclérose, et les cellules hépatiques ainsi que leurs noyaux se colorent bien.

En résumé, chez un brightique, s'est développée une meningo-encéphalite à forme spéciale (type Klippel). Chez ce malade, sur le fond démentiel de l'état mental, apparaissaient des alternatives d'enphorie et d'hypochondrie. Les périodes d'hypochondrie avec anxiété coïncidaient avec la diminution de la quantité d'urine et l'augmentation de l'albumine. L'euphorie se manifestait quand, grâce au régime lacté intégral la fonction rénale était aussi active que possible [1].

(*A suivre.*)

[1] On peut rapprocher de cette observation le fait suivant : Un homme de 48 ans, entre dans le service le 8 mai 1902, avec le diagnostic de paralysie générale, confirmée à l'examen par la constatation des signes suivants : Inégalité pupillaire, tremblement de la langue, embarras de la parole, exagération des réflexes patellaires, affaiblissement intellectuel et euphorie, syphilis ancienne. L'examen clinique des urines fut négatif au moment de l'admission et l'état d'agitation continuelle avec gâtisme que présenta le malade jusqu'à sa mort fit que cet examen ne fut pas renouvelé, aucun signe physique n'attirant l'attention sur l'insuffisance rénale. L'évolution fut rapide, la mort survint au commencement de septembre sans que le sujet ait cessé, malgré les médicaments calmants, d'être agité, de sortir de son lit, qu'il faisait et défaisait continuellement, déchirant sa literie et ses vêtements. L'autopsie révéla d'une part l'existence des lésions ordinaires de méningo encéphalite diffuse, d'autre part l'existence d'une double néphrite interstitielle avec atrophie portant surtout sur le rein droit, qui pesait 60 gr. et un petit abcès du rein gauche, également diminué de volume (110 gr.).

Or, s'il est fréquent de constater, au cours de la paralysie générale, des crises d'agitation motrice de plus ou moins longue durée, et précédant souvent les attaques épileptiformes, il est exceptionnel d'observer le même état d'une façon continue, durant jusqu'à la mort survenue d'ailleurs sans ictus. La constatation à l'autopsie d'une double lésion rénale ne permet-elle pas d'invoquer, pour expliquer cet état anormal, l'autointoxication par insuffisance rénale venant se greffer sur les troubles dus à l'évolution de la méningo-encéphalite ?

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

I. Le traitement de l'épilepsie par le travail manuel et la gymnastique ; par le Dr Spratling. (*American Medicine et British med.* 1903, p. 871.)

D'après le Dr Spratling, de la colonie Craig, consacrée aux épileptiques, 50 p. 100 environ des malades admis à la colonie sont capables de travailler d'une façon rémunératrice. Environ 25 p. 100 ne sont capables seulement que de s'occuper à la maison de travail et le reste, 25 p. 100, ne peut rien faire du tout. D'autre part, le médecin de la colonie de Bielefeld (Westphalie) dit que, des 1771 épileptiques qu'il a soignés, 33 p. 100 ont leur esprit malade, 62 p. 100 leur esprit faible, et 5 p. 100 seulement leur esprit sain. Le problème, par conséquent, de la guérison de ces malades est difficile; mais il peut être ajouté, et cela est nécessaire, que le *travail manuel est le plus grand agent thérapeutique* pour la guérison de l'épilepsie. L'oisiveté est un puissant facteur pour le contraire. Pendant les jours de pluie, les jours fériés et les dimanches, et quand les malades ne travaillent pas, les accès doublent de nombre et triplent quelquefois. Le Dr Weeks, directeur médical du village pour les épileptiques de l'état de New-Jersey, dit que quand vient l'hiver, et que les travaux du dehors cessent, le nombre des accès augmente rapidement, ainsi que l'irritabilité et le mécontentement des malades. Il suggère que ce système de gymnastique qui sera institué remplacera et sera le supplément des autres formes de travail manuel.

L'opinion formulée par les Drs Spratling et Weeks est absolument conforme à la réalité. C'est parce qu'il se rendait compte de l'utilité du travail manuel que Ferrus avait créé la ferme Sainte-Anne. C'est pourquoi tous les médecins aliénistes ont réclamé des colonies annexées aux asiles. C'est aussi la raison qui nous a fait créer des ateliers pour les enfants de l'asile, école de Bicêtre et que nous y avons multiplié les exercices physiques. B.

II. Des résultats du traitement mercuriel intensif appliqué à la paralysie générale et au tabes ; par le prof. Lemoine.

L'auteur rapporte six observations de paralysie générale dans lesquelles l'amélioration par le traitement mercuriel intensif a été très nettement constatée.

Ce sont plus les hautes doses de mercure qui agissent que tel ou tel sel de mercure ; toutefois M. Lemoine reconnaît des avan-

tages au benzoate, tant au point de vue des bons résultats thérapeutiques obtenus que de l'inocuité des injections.

Les chances de réussite du traitement intensif paraissent d'autant plus grandes que l'on a affaire à un malade plus jeune.

Ce qui disparaît en premier lieu sous l'influence du traitement intensif, ce sont les mouvements congestifs vers la tête ; il en est de même des attaques apoplectiformes, qui ne se montrent plus du moment où on a la précaution de faire les injections avec persévérance. Chose curieuse, ce sont les troubles psychiques qui s'améliorent les premiers. Les troubles pupillaires disparaissent avec une très grande lenteur et persistent même longtemps après que les autres symptômes ont disparu.

Le tabes paraît plus rebelle au traitement que la paralysie générale : un des résultats les plus importants et les plus sûrs, obtenu dans tous les cas du traitement intensif, c'est la disparition rapide et durable des douleurs fulgurantes ressenties par les malades.

Presque toujours il suffit d'un mois de traitement pour qu'elles s'éteignent tout à fait. L'ataxie des mouvements est aussi améliorée ; d'une façon plus ou moins grande.

Il est certain que le succès sera d'autant plus facile à obtenir que le traitement sera fait au début de la maladie, dans la période dite préataxique (*Revue neurologique*, juillet 1902). E. B.

III. Sur le traitement de la paralysie génerale et du tabes ; par M. Devay (*Société des sciences médicales de Lyon*, 19 février 1902).

M. Devay s'élève sur la conception des affections dites parasyphilitiques qui aboutit à une sorte de négation en thérapeutique. Il communique à ce propos l'observation d'un tabétique avec troubles psychiques amélioré manifestement par les injections de calomel et l'iodure de potassium à haute dose. Cette observation est intéressante à divers points de vue : 1° de l'étiologie nettement syphilitique et de la rapidité avec laquelle le tabes a succédé à l'accident primitif, moins de sept ans ; 2° de la contamination de la femme du malade, qui elle aussi est devenue tabétique ; mais chez celle-ci l'évolution a été plus longue, dix à onze ans ; 3° de l'amélioration rapide à la suite d'un traitement spécifique intensif.

Pour l'auteur le traitement spécifique doit être plus intensif qu'on ne l'applique habituellement, il n'a eu des résultats appréciables dans la paralysie générale et le tabes que par l'emploi de doses d'iodure supérieures à 10 grammes. La crainte des accidents cardiaques ne doit pas être un obstacle, en raison de leur *rareté* Ils ne surviennent que chez les individus idiosyncratiques. L'auteur n'a observé qu'une fois des symptômes sérieux chez un malade tabétique avec symptômes de paralysie générale, qui prenait 1 gr. 50 d'iodure.

La crainte d'accumulation du médicament n'existe pas, puisque l'élimination se fait par l'urine avec une grande rapidité. Par de nombreux dosages avec un procédé clinique particulier reposant sur la formation d'iodures mercureux insolubles, M. Devay a pu constater qu'un malade qui prenait 12 grammes d'iodure depuis un mois, éliminait 11 grammes par jour et que le lendemain de la cessation du médicament on ne trouvait plus dans les urines qu'environ un gramme; au bout de 48 heures il n'en existait plus que des traces. Ç. CARRIER.

IV. **Nouvelles propriétés toxiques et thérapeutiques du sérum sanguin des épileptiques et leurs applications pratiques** ; par C. CENI. (*Centralblatt f. Nervenheilk* XXV. N. F. XIII. 1902.)

Si l'on injecte à un épileptique du sérum sanguin d'un autre épileptique à petites doses, on constate ou bien un effet négatif, ou une intoxication aiguë qui vient aggraver l'état pathologique de cet épileptique. — Si l'on injecte, à petites doses également, à un épileptique le sérum sanguin d'individus bien portants, on n'obtien rien du tout, jamais.

Si l'on injecte à un épileptique, à plusieurs reprises, et à doses croissantes, le sérum sanguin d'un autre épileptique, ou le sérum sanguin de son propre sang, mais en laissant entre la saignée et l'injection quelques jours d'intervalle, de façon à permettre à la masse sanguine de l'individu en expérience de récupérer son équilibre, voici ce que l'on obtient. Qu'il s'agisse du premier ou du second mode d'opérer, les résultats sont curatifs ou favorables dans les proportions suivantes. Il s'agit d'épileptiques de tout âge affectés de symptômes moteurs, psychosensoriels et psychiques dont on a suivi l'état encore deux ans à la suite des injections et des effets obtenus.

Sur 10 malades, 8 ont bénéficié d'une action bienfaisante : 5 avaient été injectés avec le sérum provenant d'autres épileptiques; 3 l'avaient été avec leur propre sérum. 2 en ont éprouvé une action toxique et épileptogène : 1 avait reçu du sérum d'un autre épileptique ; 1 avait reçu son propre sérum.

Sur les 8 malades heureusement traités, il se produisit trois fois une amélioration rapide et marquée de la nutrition en rapport avec l'amélioration des accidents morbides; six cas concernaient des sujets affectés d'épilepsie depuis 10 à 20 ans. On vit les troubles moteurs, psychiques et sensoriels s'améliorer ou disparaître, en même temps que les patients gagnaient en poids 6 à 10 kilog. en l'espace de cinq à six mois : ils redevinrent capables de travail. On constata néanmoins trois fois le retour des symptômes six à sept mois après la cessation des injections, mais ils ne furent pas aussi violents qu'auparavant. Trois fois l'amélioration persista définitivement. Chez 2 épileptiques, il y eut dis-

parition totale des accidents quelconques dès le premier mois de l'expérience et amélioration physique avec augmentation de poids de 29 kilog.

Chez les 2 malades dont l'état s'aggrava, les crises et accidents épileptiques augmentèrent à tous égards, et il se produisit un empoisonnement général. Cette aggravation ne cessa que lorsqu'on suspendit les injections. C'étaient des épileptiques congénitaux et héréditaires.

Chez aucun épileptique le sérum sanguin humain normal à doses répétées et progressives ne produit ni réaction positive, ni réaction négative, pouvant se comparer avec ce qui a été obtenu chez les épileptiques soumis aux injections précitées. Une seule fois il y a eu aggravation légère et passagère de l'état général.

Souvent le sérum sanguin provenant du même épileptique, injecté en quantités égales chez deux autres épileptiques, fournit chez ceux-ci des résultats finaux tout différents et opposés, ce qui prouve que la cause de la différence des effets tient aux conditions individuelles, intimes, de l'épileptique inoculé, et non aux conditions de l'individu qui fournit le sérum. Ce qui le prouve encore, c'est que l'on a beau varier l'origine du sérum, le type de la réaction individuelle ne varie pas ; il reste pour chaque malade immuable.

Quelles sont les substances actives, contenues dans le sérum sanguin de l'épileptique, qui, suivant l'état de la constitution intime de celui qui le reçoit, sont susceptibles de produire chez ce dernier tantôt un effet bienfaisant, thérapeutique, tantôt un effet toxique et épileptogène?

Il est probable que les éléments d'action, contenus dans le sérum sanguin des épileptiques, possèdent des propriétés spécifiques qui stimulent les échanges nutritifs d'assimilation et de désassimilation, les influencent d'une manière quelconque.

Si l'on attribue aux agents cellulaires de ces échanges, où l'on place la cause et le siège de l'épilepsie, la faculté de se comporter vis-à-vis de l'élément du sérum introduit tantôt d'une façon, tantôt tout différemment, si l'on admet que ces cellules réagissent en sa présence tantôt physiologiquement, tantôt pathologiquement, on s'explique le motif pour lequel la méthode des injections répétées de sérum sanguin entraîne chez divers individus des résultats variés et opposés. Quand les cellules de la fonction d'assimilation et de désassimilation sont encore capables de réaction physiologiques, on obtient amélioration ou guérison de l'état pathologique. Quand, au contraire, ces cellules, pour des causes individuelles, organiques, que nous ignorons, n'en sont plus capables, elles réagissent, sous le stimulus de l'élément du sérum, pathologiquement : leurs fonctions, déjà altérées, s'éloignent de plus en plus de la normale ; leur état pathologique s'aggrave.

Nous savons d'autre part que lorsqu'on injecte aux épileptiques leur propre sérum on peut obtenir des résultats identiques à ceux que l'on obtient en leur injectant le sérum d'autres épileptiques. Ceci nous force à admettre que le principe stimulant du sérum des épileptiques n'est mis en possession de ses propriétés actives que si le sang, après avoir cessé de circuler dans l'organisme en tant qu'humeur biologique, a pris contact avec le monde extérieur. Donc la substance stimulante en question, tout en circulant chez l'épileptique dans les conditions ordinaires, y circule à l'état d'inertie. Ce doit être une substance soluble qui demeure inactive et qui, normalement est probablement adhérente aux éléments morphologiques du sang. Elle n'est mise en liberté et n'acquiert ses propriétés d'actiou, que lorsque le sang cesse de circuler, quand les éléments morphologiques du sang ne vivent plus. Voilà pourquoi l'épileptique ne peut s'immuniser lui-même, par sa propre substance, bien qu'il porte en lui à côté d'éléments toxiques, des éléments thérapeutiques. P. KERAVAL.

V. **Le dosage toxique dans le traitement de quelques désordres nerveux** ; par William C. KRAUSS. (*The New-York Medical Journal*, 10 mai 1902).

Les résultats peu satisfaisants que la plupart des médecins obtiennent dans le traitement de beaucoup d'affections nerveuses sont probablement dus à l'emploi de doses insuffisantes des médicaments connus comme toxiques. On donne une dose minima au lieu d'une dose maxima, et corrélativement, on obtient un résultat minimum au lieu d'un résultat maximum. C'est pourtant dans le domaine de la neurologie qu'il y aurait surtout lieu d'adopter une thérapeutique hardie et d'aller jusqu'à l'extrême limite des effets physiologiques des médicaments. Cela est surtout vrai dans les cas de siphylis cérébrale, où l'on voit quelquefois les phénomènes de compression déterminés par une gomme disparaître ou s'atténuer sous l'influence de dotes énormes de bi-iodnre de mercure. Par dosage toxique l'auteur entend désigner la dose suffisante pour produire des signes nets d'intoxication, dose qu'il convient ordinairement d'atteindre d'une manière lentement progressive, sous peine d'intoxication aiguë. Il n'y a dans cette manière de procéder nulle règle à suivre, nul auteur à consulter : c'est la tolérance du malade qui règle la conduite du médecin. Les médicaments que l'auteur a particulièrement en vue sont le mercure, l'arsenic, la noix vomique, l'hyoscine, l'atropine et la nitroglycérine. Il entre dans quelques considérations sur l'emploi de ces divers médicaments et termine en rapportant une observation de syphilis cérébrale sérieusement améliorée par des doses formidables de mercure, qui n'ont donné que de légers phénomènes d'intoxication. R. de MUSGRAVE-CLAY.

VI. Contribution à l'étude du traitement du torticolis spasmodique; par George R. Elliott. (*The New-York Medical Journal*, 11 octobre 1902).

Le torticolis spasmodique dont l'auteur s'occupe ici est une affection d'ordre purement névropathique, n'ayant rien de commun avec le type que rencontrent ordinairement les orthopédistes : elle est caractérisée par un spasme clonique intermittent des muscles innervés par le spinal accessoire et quelquefois par les nerfs cervicaux supérieurs ; elle se rencontre ordinairement chez les névropathes, et l'hérédité joue souvent un rôle dans son étiologie. L'auteur a imaginé pour le soulagement de ces malades un appareil nouveau qui tout en fournissant le soutien indispensable ne restreint pourtant pas d'une manière absolue les mouvements normaux de la tête. Il donne la description de son appareil, dont plusieurs figures qui accompagnent ce travail rendent le mécanisme parfaitement clair. R. de Musgrave-Clay.

VII. Contribution au traitement diététique de l'épilepsie; par Schaefer (*Neurolog. Centralbl.*, XXI, 1902).

Application du traitement de Toulouse et Richet modifié par Balint à trois malades atteints d'épilepsie grave, ayant de 20 à 30 accès par mois sans compter les raptus, les impulsions agressives, les attaques subintrantes, le délire postépileptique exigeant l'isolement. On leur donne chaque jour 1 litre 1/2 de lait, 40-50 grammes de beurre, 3 œufs non salés, 300 à 400 grammes de pain et fruits, 3 grammes de KBr dans leurs aliments.

L'expérience commencée le 26 juin 1901 dure jusqu'au 10 août et détermine un état extrêmement pénible. Néanmoins le premier sujet n'avait plus du tout d'attaques le 5 juillet ; les attaques disparaissaient chez le second le 12, et chez le troisième le 11 du même mois. Simultanément ces malheureux récupéraient leur lucidité, l'assurance de la démarche, un caractère sociable, la possibilité de travailler.

On supprime le traitement hypochloruré et six, huit, neuf jours après la reprise de l'alimentation habituelle, les attaques recommencent en reprenant leur intensité accoutumée. Dans les huit jours ultérieurs, un des malades en a 12, les deux autres, 19.

P. Keraval.

VIII. L'éducation et le développement des enfants névrosés (*neurotic children*); par Græme M. Hammond. (*The New-York Medical Journal* 30 août 1902).

Les enfants que l'auteur désigne par l'épithète de *neurotiques*, sont ceux dont la force nerveuse est au-dessous de la normale,

dont les éléments nerveux, soit par tare héréditaire, soit par accident, soit par la réunion de ces deux facteurs, n'atteignent qu'un développement incomplet, qui, par là, deviennent incapables de résistance normale, et qui, abandonnés à eux-mêmes n'atteignent jamais un état convenable de développement physique. Le nombre de ces enfants paraît en voie d'augmentation, et bien des causes contribuent à cette augmentation; les plus importantes sont l'hérédité, l'alcool et la syphilis, et ces facteurs peuvent agir isolément ou se rencontrer associés.

Bien des symptômes peuvent dès la petite enfance mettre sur la voie d'un diagnostic précoce. Mais souvent la disposition névropathique ne se manifeste que vers l'âge de cinq ou six ans, et son premier signe est souvent fourni par une discordance entre les aptitudes mentales qui sont exceptionnellement développées, et les forces physiques qui le sont très peu. C'est le plus souvent vers la puberté que des troubles nerveux plus précis font leur apparition. Si l'on veut remédier utilement à cet état névropathique, il faut s'y prendre de bonne heure, et l'on réussira souvent par un système d'éducation judicieusement approprié, et à la fois physique et moral. Le régime a une grande importance et il comporte beaucoup d'éléments azotés; mais il faut se mettre en garde contre une tendance très commune chez les parents, la tendance à la suralimentation. Le traitement moral joue ici un rôle capital : il faut habituer l'enfant à la plus stricte obéissance, en évitant le plus possible la dureté ou les punitions, mais en appliquant la correction avec fermeté chaque fois qu'elle est nécessaire. La condescendance aux volontés de l'enfant, sous le prétexte qu'il ne faut pas contrarier un malade, est l'un des plus sûrs moyens d'aboutir à une aggravation de l'état nerveux. Au point de vue de l'instruction, il y a des précautions à prendre : l'enfant est précoce, il a le travail facile, la mémoire complaisante, les parents sont enchantés de le faire briller et le poussent au travail, ce qui est une faute grave. Le travail intellectuel doit être léger, simple, et n'entraîner aucune fatigue. Il importe ici plus que partout ailleurs que le développement intellectuel suive le développement physique et ne le précède jamais.

R. DE MUSGRAVE-CLAY

IX. **La névralgie trifaciale et son traitement**; par Henry Treve BARBER (*The New-York Medical Journal*, 15 mars 1902).

L'auteur rapporte une observation de cette affection aussi rebelle que douloureuse, et de laquelle il conclut que l'aconitine paraît être réellement le spécifique de cette maladie, mais que son action doit être soutenue par l'emploi d'une médication reconstituante, et notamment par l'usage des préparations martiales.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

X. **La neurasthénie et son traitement** ; par M. Romme (*Presse médicale*, 22 mars 1902).

Ce qui frappe quand on aborde la question de la neurasthénie, c'est une sorte de contraste entre la symptomatologie mobile de cette affection et l'uniformité du traitement qu'on lui oppose. A tous les neurasthéniques on conseille de ne pas penser à leur maladie, de chercher des distractions, de se mettre à l'hydrothérapie. Suivant en cela les idées de M. Maurice de Henry, M. Romme rappelle que les neurasthéniques se divisent en deux classes. Les uns présentent de l'hypertension artérielle et sont de véritables intoxiqués qui guérissent lorsque, une fois désintoxiqués, leur courbe de tension artérielle s'abaisse. Les autres, au contraire, offrent comme signe caractéristique de l'hypotension artérielle et chez eux la disparition de la dépression nerveuse et de l'état mental particulier qu'ils présentent ne s'obtient qu'à la condition de relever la tension des artères.

Neurasthénie à hypertension. — Régime lacté absolu puis au bout de quelques jours régime lacté-végétarien, massage, douches chaudes, bains de vapeur, grandes injections de solution physiologique de chlorure de sodium.

Neurasthénie à hypotension. — Quatre petits repas, très modérément copieux, viande, poissons, légumes, repos au grand air sur une chaise longue, douches froides, bains salés ou sulfureux, inhalations d'oxygène, injection salines à petites doses, 1 à 2 grammes pouvant s'élever jusqu'à 10 grammes, en ayant soin de différer la piqûre le jour où la pression artérielle s'élève et d'augmenter la dose quand le sujet se trouve particulièrement abattu.

R. Leroy.

XI. **Importance de l'hygiène dans le traitement du goitre exophtalmique** ; par MM. R. Leroy et Veslin (*Presse médicale*, 6 septembre 1902).

La maladie de Basedow est un syndrome, frustre ou complet, entre lequel les médicaments les plus divers ont été tour à tour préconisés. Le traitement classique, depuis un certain nombre d'années, consiste dans l'emploi de l'électricité, principalement sous forme de courants faradiques, selon la méthode de Vigouroux, préconisée par Charcot.

D'après MM. Leroy et Veslin, la meilleure thérapeutique serait une *hygiène parfaite*. Ils citent l'opinion des auteurs qui insistent tous sur les moyens hygiéniques et rapportent à l'appui de leur thèse une intéressante observation. Une femme de trente-six ans, ayant de l'hérédité vésanique, névropathe elle-même, présente vers 1884 un léger goitre. Quatorze ans plus tard, en 1898, le

goitre grossit et les symptômes complets du syndrome basidomien apparaissent. La situation devient tellement alarmante qu'un chirurgien des hôpitaux préconise une intervention. La malade, effrayée de ce péril revient en toute hâte à son domicile, quitte les relations mondaines, ordonne une existence avec une parfaite régularité, renonce aux spiritueux et à tout excitant, se met au lait, évite toute émotion, prend de l'exercice sans fatigue et suit un traitement hydrothérapique.

Huit mois après, elle était complètement rétablie et la guérison se maintient depuis trois années. R. LEROY.

XII. **Aspects contemporains sur le traitement des aliénés**; par W. EHRENWALL. (*Obozrénié psichiatrii*, VI, 1901).

L'auteur annonce que la section ouverte construite en 1882 auprès de sa petite section fermée représente pour ainsi dire une section intermédiaire entre l'asile d'aliénés et l'établissement d'hydrothérapie. On y traite des malades libres affectés de formes de psychoses légères, et les cas de troubles mentaux non justiciables de la séquestration, à la limite de la folie. P. KERAVAL.

XIII. **Le traitement des enfants atteints de défectuosité mentale.** (*Défectives*); par Maximilien P.-E. GROSZMANN. (*The New-York Medical Journal*, 1er février 1902).

C'est une lamentable histoire que celle des divers traitements, mauvais ou maladroits, qui ont été trop longtemps et trop souvent infligés à des enfants que l'on est allé quelquefois jusqu'à considérer comme des incarnations du diable, alors qu'ils étaient simplement l'incarnation héréditaire, beaucoup moins surnaturelle, des vices ou des maladies de leurs ascendants. Leur sort aujourd'hui est assurément plus heureux, mais il en demeure un grand nombre auxquels on n'accorde ni l'attention, ni la sympathie à laquelle ils ont droit. On peut les diviser en deux groupes; le premier, celui dont on s'occupe le plus, comprend les psychoses vraies (folie, idiotie, criminalité); le second comprend ce que les Allemands appellent « psychopathische Minderwerthigkeiten », mot difficile à traduire, et que Van Liew a rendu assez heureusement par l'expression d' « anomalies mentales mineures ».

Dans les deux groupes, l'anomalie peut être congénitale, ou être survenue après la naissance sous des influences diverses. Certaines périodes de la vie de l'enfant sont des périodes d'élection pour des modifications mentales passagères qui demandent à être reconnues et soignées. Il suffit d'un peu de réflexion pour se rendre compte que, chez nos enfants, notre négligence peut enrayer leur développement normal, et former des êtres qui ne dépasseront jamais une certaine limite et resteront défectueux d'une manière permanente au point de vue de la civilisation progressive.

L'auteur entre ici dans quelques considérations, largement entremêlées de citations, sur l'idiotie et sur les quelques facultés qu'elle laisse quelquefois atteindre un grand développement (faculté musicale, aptitude au calcul mental), puis il aborde la question de la folie chez les enfants, et il arrive aux *anomalies mentales mineures*.

Sa conclusion fort logique est que toutes les fois que l'on remarquera chez un enfant des anomalies de caractère ou de conduite, il convient aussi bien pour l'éducateur que pour le médecin d'en rechercher soigneusement les causes qui sont assez souvent physiques. Cela vaudra mieux que d'user systématiquement à l'égard de l'enfant, soit d'une sévérité inopportune, soit d'une indulgence mal entendue, on sera conduit ainsi à un traitement logique de ces anomalies, et, assez souvent pour que l'on soit encouragé à cet effort, on sera récompensé de la peine que l'on aura prise par la guérison de ces anomalies mineures.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE.

I. **Le crime dans la paralysie générale**; par W.-C. SULLIVAN. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1902).

Les crimes contre les personnes (homicide et suicide) sont moins communs chez les paralytiques généraux que dans d'autres formes de folie, la folie sénile, par exemple. Les crimes contre la propriété sont en revanche extrêmement fréquents, et le plus souvent la tendance au vol accompagne la forme expansive de la maladie; elle est rare chez les paralytiques mélancoliques : le plus souvent le vol a un caractère purement impulsif. Les paragraphes relatifs au suicide et à l'homicide sont principalement consacrés à reproduire les opinions des auteurs. Les délits ou crimes d'ordre sexuel sont, on le sait, communs au début de la paralysie générale surtout dans sa forme expansive.

L'auteur s'attache ensuite à étudier les causes qui déterminent la direction spéciale de la volonté dans la paralysie générale, et à expliquer le contraste de la conduite entre cette maladie d'une part et la démence chronique de l'alcoolisme et de la sénilité d'autre part.

Il pense que si les impulsions à des actes d'appropriation, de vol, sont fréquents dans la paralysie générale, et si le suicide et l'homicide sont rares, c'est parce que la note générale des sentiments affectifs est ordinairement optimiste.

Au contraire, dans l'alcoolisme chronique et la sénilité où cette note est communément pessimiste, les impulsions à des actes de violence sont relativement fréquentes. L'explication du caractère particulier de la conduite et des idées dans la paralysie générale rentrerait donc dans le grand problème de l'origine des états affectifs dans cette maladie. Bien des solutions de ce problème ont été proposées : la plupart partent de ce principe que les conceptions délirantes optimistes sont étroitement liées aux lésions cérébrales, et l'on a été jusqu'à considérer le délire expansif comme l'équivalent psychique de l'hyperhémie corticale. Les recherches récentes de pathologie cérébrale, qui ont singulièrement étendu nos connaissances sur l'anatomie microscopique du cerveau des paralytiques, des alcooliques et des vieillards, n'ont rien démontré qui permette de rattacher les symptômes psychiques actifs de ces maladies à des altérations corticales appréciables.

L'hypothèse qui explique par des lésions cérébrales spéciales les variétés de sentiments et de pensées chez les paralytiques demeure donc absolument dénuée de preuves. On peut même affirmer qu'elle est sans utilité. Ce qui est pathologique dans l'exaltation ou la dépression du paralytique, — c'est-à-dire la qualité de l'excès, — est un caractère de la démence, un résultat de la dissolution du cerveau, qui n'implique en aucune façon que la note générale des phénomènes émotifs se produise autrement que dans les conditions normales. La clinique vient d'ailleurs à l'appui de cette conception plus simple. Considérons d'abord à ce point de vue la forme mélancolique ; les conditions ordinaires dans lesquelles on observe la dépression mentale peuvent être classées de la manière suivante : 1° *Age.* — Kraepelin a montré que le type mélancolique se rencontre ordinairement chez des sujets qui ont dépassé l'âge moyen d'apparition de la maladie et qui présentent des signes de sénilité prématurée. et Cullerre a noté la forme dépressive dans les cas où la maladie est associée à des lésions athéromateuses généralisées ; 2° *Intoxications.* — La dépression est la règle chez les paralytiques à antécédents alcooliques : sur 100 paralytiques alcooliques, Talon n'a rencontré que douze fois la forme expansive. — Même observation pour l'intoxication saturnine (Devouges, Régis) ; 3° *Affections viscérales.* — On sait que le délire hypochondriaque est presque toujours lié à des lésions viscérales. Clouston a noté la dépression mentale chez presque tous les paralytiques tuberculeux et Wendel les paralytiques cardiaques ; *Antécédents vésaniques.* — Si la paralysie générale survient chez un persécuté, il est naturel de penser que la forme affective en subisse l'influence et sera une forme dépressive ; c'est ce que l'on observe en effet. — A l'exception peut-être de ce dernier groupe, on sait que la dépression paralytique est soumise aux influences qui agissent défavorablement sur

l'état de la loi organique. Inversement, si ces influences font défaut, si la vie organique est saine et normale, les sentiments effectifs revêtiront la forme optimiste, et si cette forme est particulièrement fréquente, c'est que la paralysie générale est ordinairement une maladie de l'âge moyen, de l'âge de pleine activité vitale (de trente à cinquante-cinq ans le plus ordinairement). La conséquence de cette hypothèse, c'est que les mêmes symptômes optimistes doivent se retrouver dans d'autres formes de démence, où l'intégrité des fonctions organiques est conservée, et c'est en effet ce que l'on observe, dans l'alcoolisme (Régis, Camuset), dans la démence due à d'autres formes de lésions organiques du cerveau (Jastrowitz, Burzio, Vægelin) et enfin dans la sénilité.

Ainsi des preuves cliniques de provenance diverse conduisent à des conclusions identiques.

Qu'il s'agisse de paralysie générale, d'alcoolisme, de sénilité, la démence est seule le résultat des lésions cérébrales et son degré est proportionnée à leur étendue.

Les symptômes psychiques d'impulsion et de pensée ne sont pas des effets directs de ces lésions ; ils sont l'expression — considérablement exagérée par suite de la démence — de l'influence de la vie organique « où plongent les racines des émotions et de la volonté » (Mandsley).

Ceci revient à dire que les conditions plus simples de la démence ne font que rendre plus évidentes et plus manifestes les relations qui gouvernent une grande partie au moins des opérations normales de l'esprit. « C'est l'association des émotions, et, en même temps que celle des émotions, celle des impulsions, qui détermine l'association des idées. » De cette cænesthésie dépend le groupement des phénomènes de mémoire qui constitue les impulsions et les idées délirantes. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

II. **Les aliénées criminelles : esquisse**; par JOHN BAKER. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1902).

Voici les principaux points de cette étude : l'auteur fait remarquer d'abord que les aliénées criminelles comprennent deux groupes ; l'un formé des femmes qui ont été légalement poursuivies et jugées et acquittées comme folles, mais internées; et l'autre constitué par celles qui ont été condamnées et sont devenues aliénées pendant qu'elles subissaient leur peine. Le type de folie le plus fréquemment observé est la manie avec délusions. Le plus souvent ces malades sont bruyantes, obscènes et sujettes à des paroxysmes de violence. La manie est souvent accompagnée d'idées de persécution, avec hallucinations de la vue et de l'ouïe : on trouve aussi quelquefois des perversions du goût et de l'odorat : les idées délirantes revêtent souvent la forme sexuelle.

L'infanticide commis par des aliénées n'a pas jusqu'ici attiré l'attention qu'il mérite ; la littérature de ce sujet est très maigre. Les registres de Broadmoor relèvent 253 infanticides : dans 24 cas l'infanticide a été double, dans 8 cas triple. Les tentatives de meurtre sont au nombre de 33, et la faiblesse de ce chiffre par rapport aux meurtres effectivement accomplis montre suffisamment avec quelle préméditation et quelle volonté le meurtre est ordinairement commis. L'auteur n'entend pas se préoccuper ici des symptômes mentaux qui accompagnent ce genre de crime, mais plutôt l'examiner au point de vue médico-légal. On a dit que dans un tiers au moins des cas de folie puerpérale, les tendances au suicide ou à l'homicide, existaient, séparées ou associées, mais qu'elles n'étaient en général ni vicieuses, ni préméditées, ni habilement conduites. Vicieuses, non ; mais préméditées et habilement conduites, assurément oui, surtout après la première semaine. Bien que cela puisse sembler paradoxal, ce n'est pas le vice qui conduit la mère à tuer son enfant, mais plutôt une sollicitude maternelle pathologique et égarée ; rarement elle nie l'acte; elle s'excuse plutôt en disant que l'enfant sera plus heureux au ciel. Les troubles mentaux qui dépendent de la gestation sont communément et commodément divisés en trois groupes qui ont chacun leurs caractères propres : folie de la grossesse, folie puerpérale et folie de l'allaitement. La folie de la grossesse est la forme la plus rare, la folie puerpérale la forme la plus commune. L'étude des cas observés à Broadmoor montre que l'infanticide est beaucoup plus fréquent dans la folie de l'allaitement que dans la folie puerpérale. Ce fait surprendra moins si l'on se souvient que le terme de folie puerpérale est ordinairement appliqué, — à tort — aux cas de cet ordre. Les chiffres relevés à Broadmoor pour l'infanticide sont les suivants : folie de la grossesse 5 p. 100 ; folie puerpérale 35 p. 100 ; folie de l'allaitement 60 p. 100.

Nous sommes très loin de posséder des données certaines sur la psychologie de la grossesse : ce que nous savons c'est qu'elle s'accompagne souvent d'une grande dépression mentale pouvant aller jusqu'à la mélancolie. On a dit que l'âge de la malade avait une influence sur la folie de la gestation, qui serait plus commune entre trente et quarante ans. Les statistiques de Broadmoor ne confirment pas cette manière de voir. — La folie puerpérale est un trouble mental qui survient dans une période courte consécutivement à la délivrance, à laquelle elle paraît se rattacher intimement. Les auteurs ne sont pas d'accord sur le moment où l'influence puerpérale cesse pour faire place à celle de l'allaitement. Clouston donne six semaines comme limite de l'état puerpéral; Batty Tuke ne donne qu'un mois en règle générale, mais en accorde deux pour certains cas discutables, et Campbell Clark, pour les cas incertains et mixtes, va jusqu'à deux et trois mois. En étudiant

les cas de Broadmoor, l'auteur a rapporté à la folie puerpérale les infanticides commis dans un délai de deux mois après l'accouchement, et à la folie de la lactation les crimes commis à une date plus tardive ; mais cette distinction doit toujours être considérée comme arbitraire, les idées délirantes qui aboutissent au crime pouvant couver pendant plusieurs semaines avant d'en provoquer l'exécution.

A propos de la folie puerpérale, il convient d'étudier le meurtre des nouveau-nés : l'asile de Broadmoor fournit 20 cas de cet ordre : dans ce nombre on compte seize filles-mères. On sait comment les choses se passent en pareil cas : l'enfant crie, la mère affolée le tue ; le juge, le jury, en présence de la gravité de la peine s'ingénient à trouver des atténuations dont la plus commune consiste à invoquer la folie passagère; très passagère en effet, puisque sur les 20 cas de Broadmoor, douze femmes ont pu être remises en liberté après un internement très court : c'est un taux de guérison exceptionnellement élevé dans la folie homicide.

La plupart des infanticides commis plus tardivement dans la période puerpérale sont dus à des troubles mentaux de type mélancolique. Par leurs caractères généraux ils ressemblent aux infanticides de la lactation et peuvent être étudiés avec eux. Ces infanticides de la lactation se rattachent à des causes diverses : épuisement fonctionnel et déchéance mentale consécutive. prolongation de l'allaitement pour éviter une conception nouvelle qui augmenterait la misère, répétition des allaitements, enfin misère physiologique et misère sociale. Comment s'étonner en pareil cas d'un infanticide qui, le plus souvent, s'accompagne d'idées et parfois de tentatives de suicide. Il est à remarquer que dans les cas d'infanticide les idées religieuses sont très souvent liées à l'obsession homicide. Le nombre des femmes atteintes de folie de l'allaitement à Broadmoor est de 115 : leur âge est plus élevé que pour la folie puerpérale.

Dans les cas d'homicide se rattachant aux troubles mentaux qui accompagnent la gestation, certaines circonstances sont favorables ou défavorables à la guérison : les principales sont les suivantes : 1° *l'âge* : plus la malade est âgée, plus les chances de guérison diminuent. 2° *le nombre des enfants* : si la femme est épuisée par des grossesses répétées, le pronostic est généralement défavorable. 3° *Les attaques antérieures :* ces attaques sont dans la majorité des cas, puerpérales : on en comptait 24 cas à Broadmoor. 4° *la prédisposition héréditaire* rencontrée dans 28 cas. 5° *l'épilepsie* à titre de complication. 6° *l'illégitimité de l'enfant tué*, qu'il s'agisse d'une femme mariée ou d'une veuve. — Dans trente-trois cas le meurtre de l'enfant avait été commis sous l'influence de la folie de la ménopause. Ces cas ressemblent à ceux qui ont été décrits ci-dessus.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XIV. **Le tabès chez la femme**; par E. Mendel (*Neurolog. Centralblatt*, XX, 1901).

Sur 42 464 malades admis à la policlinique, il y avait 20 539 hommes, dont 725 tabétiques, soit 3,53 p. 100, et 21 925 femmes, dont 288 tabétiques, soit 1,31 p. 100, ce qui donne une femme tabétiques pour 2,7 hommes atteints de la même maladie. Dans les classes aisées on ne compte qu'une tabétique pour 25 hommes. C'est exactement la proportion de la paralysie générale. Près de la moitié des cas, 44,3 p. 100, s'observent de trente-cinq à quarante-cinq ans, tandis que, pour l'homme, cette proportion se voit de trente et un à quarante ans.

Sur les 288 femmes tabétiques, 252 étaient mariées, 36 étaient célibataires. Sur les 252 tabétiques mariées, 83, soit 32,9 p. 100, n'avaient pas d'enfants : ou bien elles n'avaient pas conçu (55 cas); ou elles avaient avorté ; ou enfin leurs enfants étaient morts dans les premiers mois de la vie. Une enquête a montré que la stérilité était presque trois fois plus fréquente chez les femmes tabétiques que chez les femmes ordinaires vivant dans les mêmes conditions sociales. Si l'on en rapproche la mort fréquente des enfants en bas-âge appartenant aux premières, on a de la tendance à accuser la syphilis. La syphilis n'est-elle pas aussi souvent la cause de la stérilité ? Ce serait donc de l'aveuglement que de tenir la stérilité du tabès pour une complication accidentelle. Il existe du reste des cas où la tare héréditaire est vraisemblablement de nature syphilitique : c'est cette forme de l'hérédité qui domine. Il n'y a guère, en dehors de ce facteur, d'autres éléments étiologiques chez la femme, que ceux de l'homme.

Le tabès de la femme est caractérisé par une ataxie tardive, une extrême rareté de l'arthropathie, des crises gastriques ou autres moins fréquentes que chez l'homme, une marche plus bénigne. Mais l'amaurose y prédomine : 21 cas. On y rencontre l'hémianesthésie hystériqne typique, et la maladie de Basedow symptomatique, par lésion du faisceau solitaire (?) : 3 cas.

P. Keraval.

XV. **Observation de myasthénie pseudoparalytique grave**; par L. Mendel. (*Neurologisch. Centralb.* XX. 1901).

Il s'agit d'une femme vigoureuse, bien musclée, suffisamment grasse, de vingt et un ans qui, de la fin de décembre 1899 au

11 janvier 1901, présente les accidents suivants. Elle entre à l'hôpital parée qu'elle a successivement éprouvé : de la difficulté de marcher, surtout dans la jambe gauche, de la difficulté d'avaler et de parler, une fatigue générale, le retour des aliments par le nez, de l'hypersécrétion salivaire et urinaire, des crampes la nuit dans les mollets, enfin des accès brusques de stupidité pendant lesquels arrêtée, immobile, le regard fixe, elle laisse tomber, inconsciente, les objets qu'elle avait entre les mains.

On constate : un faciès cynotique, une physionomie sympathique, aimable, une intelligence indemne, une parésie faciale légère, surtout à droite. Les muscles droits interne des yeux sont parésiés surtout du côté droit : la lumière détermine d'abord un rétrécissement des pupilles qui se relâchent ensuite pour se contracter à nouveau et se dilater finalement (hippus). De même les masséters se fatiguent vite, ainsi que la langue, le voile du palais pendant la phonation, les cordes vocales ; le réflexe palatin est faible ou absent; le réflexe pharyngien existe. Aucune atrophie de la langue, des lèvres, des muscles quelconques; pas de réaction dégénérative. Conservation du goût et de l'odorat. Parole bulbaire accusée, surtout le soir; la malade se fatigue à parler, notamment quand on la fait compter, elle perd vite haleine : la fait-on chanter, au bout de 10 à 20 mots, elle précipite le débit, la salive lui coule de la bouche, elle doit se reposer; elle reprend son chant et les mêmes phénomènes se reproduisent. Les mouvements ordinaires des membres supérieurs et inférieurs sont affectés de semblable manière. Nul affaiblissement des reflexes patellaires. La piqûre est plus vivement ressentie sur la moitié droite du corps. Poumons intacts, mais la respiration est pénible. Rien au cœur : le second bruit à la base n'est pas claqué, Pas d'artériosclérose. Pouls petit, non tendu, fortement intermittent. Rien au sang. Urine quelque peu albumineuse : 0,23 pour 1 000; pas d'excès d'indican; quelques cylindres hyalins et granuleux isolés. La rate est volumineuse en certains jours.

L'examen électrique, qui, au début ne présentait aucune anomalie, a fini par révéler la réaction myasthénique des muscles palatins et masticateurs, des biceps, de la portion antérieure et postérieure des deltoides : l'application de 20, 30, 50, 60 courants tétanisants finit par ne plus produire de contraction musculaire; celle-ci reparait nette et vigoureuse sous l'influence du même courant quand on a laissé reposer le muscle une demi-minute. Ce phénomène est plus accusé au courant faradique qu'au courant galvanique.

Evidemment ce n'est ni une paralysie bulbaire atrophique progressive, ni une paralysie bulbaire apoplectique aiguë, ni une paralysie pseudobulbaire, ni une dystrophie musculaire, ni une polynévrite. Ce pourrait être une polioencéphalomyélite : il y

manque l'atrophie musculaire progressive, les modifications qualitatives et quantitatives de l'excitabilité électrique, les tremblements fibrillaires, et d'autre part la réaction myasthénique, les changements observés dans l'état de la malade le matin et le soir ne permettent pas de s'y arrêter.

La tare héréditaire tuberculeuse de la patiente et son état d'hystérie (hyperesthésie droite transférable par suggestion à gauche), sont à considérer. Il est difficile de croire à une affection rénale primitive génératrice de la myasthénie, car l'albuminurie est insignifiante, il n'existe pas d'hypertrophie du cœur, pas d'artériosclérose, pas de claquement du second bruit, pas d'hyperpression sanguine, pas d'état général correspondant. Les intermittences du pouls, l'arhythmie cardiaque, la tachycardie, espacées indiquent une myasthénie du cœur ayant les mêmes caractères de fatigue musculaire que les phénomènes des muscles des membres, de la respiration, du sphincter pupillaire. P. Keraval.

XVI. **De la dysphagie amyotaxique**; par G.-J. Rossolimo. (*Neurolog. Centralb*. XX, 1901).

Long mémoire basé sur 8 observations, duquel il résulte qu'il existe une *dysphagie nerveuse propre aux héréditaires dégénérés*. Ce trouble de la déglutition survient à l'âge où se développent la plupart des affections analogues, c'est-à-dire les amyotaxies sauf le bégaiement : il se montre après la jeunesse pour, parfois, se prolonger à un âge avancé. Il apparaît seul sous la forme de diminution du reflexe de la déglutition, ou associé à une obsession, à une émotion anxieuse relative à l'opération même, ou sous l'influence, soit d'une affection organique objective de l'appareil intéressé, soit d'une sensation subjective souvent violente à localisation correspondante. Les émotions peuvent y prédisposer ; il en était ainsi chez trois malades anxieuses de ne pas voir rentrer leurs maris occupés à boire dans quelque coin : l'attente jointe à l'idée agissait sur l'appareil de la déglutition.

La dysphagie consiste : en la simple impossibilité d'avaler; en la sensation d'un obstacle vague qui s'oppose à la déglutition; en l'incapacité d'avaler parce que le patient appréhende de ne pas réussir à déglutir (phobie angoissante) : il craint aussi que s'il essaie d'avaler il n'étouffe. La dysphagie, en ce cas, porte plutôt sur les aliments solides, surtout quand il existe des sensations buccales et pharyngiennes bizarres. Il en est qui éprouvent principalement de la difficulté à déglutir les liquides, notamment ceux dont la sensibilité pharyngienne est diminuée, et, encore, les anxieux. Enfin d'aucuns avalent aussi péniblement les liquides et solides.

La maladie une fois survenue prend généralement racine; elle

dure des années. Les accès sont plus courts quand à la dysphagie s'associe une autre phobie, ou un élément hystérique. Le syndrôme dysphagique est plus opiniâtre lorsqu'il est seul. Il y a lieu de croire que, quelles qu'en soient les variantes, ce phénomène, de même que la pluralité des phobies et amyotaxies cérébrales, disparaît à un âge avancé. Les injections hypodermiques d'arsenic, l'administration interne de calmants tels que la codéine, le Na Br, la franklinisation locale et générale, la suggestion hypnotique, sont à essayer : mais leur réussite est subordonnée à la suppression de l'émotion inhibitrice ; elle n'est donc supposable que dans un très petit nombre de cas tout à fait légers, et surtout dans ceux où une partie des accidents peut être mise sur le compte de l'hystérie.

Evidemment le rétrécissement organique de l'appareil digestif n'est pas plus en cause, ici qu'une lésion organique du système nerveux. Mais cette dysphagie peut être symptomatique d'une altération anatomique nerveuse ou non. Voici l'exemple d'une dame de quarante-et-un ans, veuve depuis l'âge de vingt-sept, ayant présenté la boule hystérique, de l'excitation sexuelle, et la dysphagie en question, chez laquelle on trouva, à l'autopsie, un cancer annulaire de l'œsophage au niveau de la crosse de l'aorte, et de la polynévrite parenchymateuse subaiguë. L'hystérie peut, sinon la produire, au moins s'y joindre, mais toutes deux peuvent dépendre d'une affection organique ou fonctionnelle différente.

D'ailleurs la plupart des malades envisagés en l'espèce étaient de préférence des dégénérés : la dyphagie s'était développée et avait évolué au fond comme toute autre affection analogue amyotaxique. Ses modalités permettent seulement de la diviser en : dysphagie amyotaxique *motrice*, caractérisée par de la paresse de l'acte de la déglution; dysphagie amyotaxique *sensorielle*, provoquée par un trouble sensoriel ; dysphagie amyotaxique *psychique*, dans laquelle prédomine de l'angoisse ou une obssession relative à l'acte de la déglutition. P. Keraval.

XVII. **Observation de tabès infantile**, par M. Bloch. (*Neurolog. Centralbl.* XXI, 1902).

Il s'agit d'un jeune garçon de dix-sept ans qui n'en paraît pas plus de treize à quatorze. Immobilité des pupilles, signes de Westphal et Romberg, troubles vésicaux, troubles du côté de la sensibilité et de la coordination. Impossible de constater sûrement la syphilis héréditaire : elle est cependant fort probable, sa mère ayant eu de nombreux avortements ou accouchements prématurés, et ne possédant, sur dix grossesses, dont cinq enfants ayant vécu, que ce jeune homme et une fille. L'infantilisme du patient résulte sans doute de ce qu'il est venu avant terme, à huit mois.

Sa sœur est scrofuleuse, mais ni le père ni la mère, ni celle-ci ne présentent de troubles nerveux.

Le jeune garçon est pris en outre, de temps à autre, de battements de cœur avec angoisse, accélération du pouls, qui le forcent à s'asseoir, à se comprimer la région précordiale, à boire un peu d'eau : durée un quart à une demie minute. P. KERAVAL.

XVIII. De l'appendicite dans les familles de névropathes. par ADLER. (*Neurolog. Centralbl.* XX. 1901).

Quelques faits permettent de croire que l'origine de l'appendicite en pareils cas remonte à l'*insuffisance de l'appareil musculaire de l'intestin*, héréditaire ou nerveuse. Il n'est pas nécessaire que cette insuffisance soit assez forte pour produire de la constipation chronique, il suffit qu'elle prive l'appendice iléocœcal des éléments contractiles indispensables pour expulser le contenu intestinal qui y a pénétré. P. KERAVAL.

XIX. D'un nouveau tableau morbide analogue à la tétanie dans le saturnisme chronique, par H. HAENEL. (*Neurolog. Centralbl.* XXI, 1902).

Il s'agit d'un compositeur d'imprimerie de vingt-quatre ans, saturnin, atteint d'une affection musculaire chronique progressive caractérisée par des contractions tétaniques, douloureuses, des groupes musculaires les plus différents, contractions presque continuelles, à l'occasion d'excitations extérieures faibles, de mouvements violents, ou sans motif. Le côté gauche du corps y compris le tronc a été atteint avant le côté droit : il est maintenant plus fortement pris que ce dernier. Intégrité de la tête et de la face, sauf les muscles qui concourent à l'ouverture de la bouche. Intégrité de la sphère sensitive, moins de faibles paresthésies, et du sensorium. Cette espèce tient le milieu entre la tétanie et la myokymie. La question du diagnostic et de l'étiologie est fort étudiée dans le mémoire. P. KERAVAL.

XX. Observation de myélite ou d'encéphalomyélite aiguë disséminée consécutive à l'intoxication par l'oxyde de carbone, terminée par la guérison, par A. PANSKI. (*Neurolog. Centralbl.* XXI, 1902).

Il s'agit de toute une famille composée du père, de la mère, d'un enfant de deux ans, asphyxiés par un poêle. L'enfant est trouvé mort; la femme présente une intoxication légère; le mari offre les signes d'une grave maladie cérébro-spinale. L'auteur attribue cette différence à ce que le lit du père était plus éloigné des portes et fenêtres et plus rapproché du poêle. Cependant l'enfant couchait auprès de sa mère, et, d'ordinaire, cet âge a plus de résistance au toxique que l'adulte.

Il s'agit d'un homme de vingt-huit ans jusque-là solide et d'une parfaite santé; l'existence d'une paralysie spasmodique, non dégénérative des extrémités inférieures, d'une incontinence de l'urine et des matières, de troubles trophiques et vasomoteurs (bulles de pemphigus et accidents du décubitus), d'une somnolence durant des jours entiers, de l'obnubilation de la conscience, de la lenteur et de la confusion de l'articulation, de l'amnésie, etc., tout ceci indique un processus aigu occupant les ganglions de la base, le cerveau et la moelle. Les mêmes symptômes, de concert avec des troubles légers de la sensibilité, de concert aussi avec l'unique cause en question, permettent d'affirmer l'encéphalomyélite aiguë disséminée oxycarbonique.

Le patient fut renvoyé trois mois plus tard, presque guéri. Deux mois mois après sa sortie de l'hôpital, on ne constatait plus qu'une exagération des reflexes tendineux et un certain degré d'affaiblissement intellectuel. Capable de marcher beaucoup sans fatigue, il a perdu son énergie et son initiative. C'est encore en faveur du diagnostic. P. Keraval.

XXI. **Chromodiagnostic du liquide céphalo-rachidien**; par A. Sicard (*Presse médicale*, 25 janvier 1902).

A l'état normal, le liquide céphalo-rachidien de l'homme est clair comme « de l'eau de roche ». A l'état pathologique, il peut présenter des aspects bien différents depuis la teinte sale, purulente, jusqu'à la teinte hémorrhagique jaune, verdâtre. Fürbringer, le premier, en 1895, constate la teinte sanguinolente du liquide céphalo-rachidien dans deux cas d'hémorrhagie cérébrale, Braun, Krônig, en Allemagne, Netter et Clerc, Gilbert et Castaigne, Widal, Achard et Læper, Sicard et Ravant, Bard en France, ont successivement étudié la coloration du liquide céphalo-rachidien dans différentes affections. Des observations publiées par ces auteurs se dégagent les faits suivants : 1° *Dans toute hémorrhagie du névraxe* à siège sous-dure-mérien, qu'elle reconnaisse une origine cérébrale médullaire ou méningée, le liquide céphalo-rachidien peut présenter une coloration spéciale franchement hémorrhagique, ou seulement hématique ou jaune verdâtre. Seul l'aspect jaunâtre, jaune rosâtre ou jaune verdâtre est caractéristique; 2° Au cours *des méningites aiguës cérébro-spinales*, tuberculeuses ou bactériennes, le liquide céphalo-rachidien peut également présenter cette teinte jaunâtre ; 3° Au cours de *l'ictère chronique*, on peut également noter cette coloration.

La date d'apparition et de disparition de la coloration dans les cas d'hémorrhagie est variable ; elle apparaît généralement entre le 3e et le 6e jour, suivant le siège et l'abondance de l'hémorrhagie. La nature de la coloration semble due à un pigment spécial normal dans le sérum du sang, la lutéïne. R. Leroy.

XXII. Un cas d'asthénie bulbo-spinale. Syndrome d'Erb-Goldflam; par Raymond (*Presse médicale*, 26 février 1902).

Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, qui présenta dans les premiers jours d'août 1901, de la *faiblesse de la vue* et de la *diplopie*. On diagnostique une paralysie de la 3e paire du côté gauche, début probable d'un tabes et on ordonne des frictions mercurielles. Quelques jours après survient de la *faiblesse des jambes et des membree supérieurs*, l'asthénie respectant les muscles dorso-lombaires, les extenseurs et fléchisseurs de la tête et les muscles dits bulbaires inférieurs.

A l'entrée du malade à la Salpêtrière, le professeur Raymond note : sensibilité normale, réflexes normaux, pas de troubles trophiques ni vaso-moteurs, aucun trouble moteur dans le domaine des muscles innervés par les faciaux, les vago-spinaux, les hypoglosses et les trijumeaux masticateurs.

Membres supérieurs : asthénie portant sur tous les groupes musculaires, groupes de flexion, d'extension, d'abduction, d'adduction. *Membres inférieurs* : asthénie semblable généralisée. Le malade a de la peine à exécuter avec ses membres les mouvements physiologiques et surtout à conserver certaines attitudes. L'état général est bon, les organes fonctionnent bien. L'*examen oculaire* montre une paralysie complète du droit interne droit et une parésie assez accusée du droit interne gauche. L'étude de la diplopie indique aussi une légère parésie (diplopie en hauteur) des droits supérieur et inférieur gauche. L'*examen électrique* ne décèle aucune réaction de dégénérescence dans les membres frappés d'asthénie.

Quel diagnostic doit-on porter en cette occurence? La parésie dissociée des principales branches de la 3e paire fait penser à la syphilis cérébrale, mais l'échec du traitement spécifique permet de rejeter cette hypothèse. Le tabes ne peut pas non plus être mis en cause, en raison de l'absence des deux manifestations initiales de cette affection, abolition du réflexe rotulien et douleurs fulgurantes.

Serait-ce une lésion des noyaux d'origine ou des racines de la 3e paire? Le malade aurait présenté un ictus apoplectiforme ou, dans le cas d'une polyoencéphalite supérieure, des symptômes bruyants tels que céphalée, vomissements et hallucinations.

L'insuffisance fonctionnelle des muscles des quatre membres et de quelques-uns des muscles intrinsèques des yeux relève de l'asthénie, bien plus que de l'akinésie. Or, nous connaissons depuis une vingtaine d'années une maladie purement fonctionnelle du système nerveux, dont la symptomatologie se résume dans une asthénie des muscles innervés par la mésocéphale et de ceux qu'innerve la mœlle. On l'a décrite sous le nom d'*asthénie bulbaire* ou *syndrome d'Erb*. Goldflam en élargit le cadre. L'asthénie bulbaire

devient l'*asthénie bulbo-spinale* et cette affection se rapporte à un *complexus symptomatique* ayant pour lieu commun l'absence de lésions grossières attestées soit par le guérison, soit par les résultats de l'examen histologique dans des cas où des phénomènes de paralysie bulbaire se trouvaient associés à des phénomènes de paralysie des membres et du tronc.

L'anesthésie bulbo-spinale s'observe principalement chez des sujets jeunes, sans causes tangibles. Les manifestations sensitives font défaut. Il s'agit d'une affection essentiellement motrice : ptosis, paralysie des muscles de l'œil, troubles de la mastication, de la déglutition, de l'articulation des mots. Elle atteint son apogée en quelques mois. Tous les muscles animés par des nerfs crânio-bulbaires peuvent être touchés, la participation du facial supérieur étant relativement rare. Cette anesthésie fonctionnelle envahit toujours des groupes de muscles innervés par la moelle et peut s'étendre à tous les muscles du squelette. Ce n'est donc pas une anesthésie purement bulbaire, mais aussi spinale.

Chez le malade faisant l'objet de cette leçon clinique, on retrouve bien les traits fondamentaux du syndrome d'Erb-Goldflam. Soumis à un traitement opothérapique par l'ingestion d'un extrait de capsules surrénales, le patient a vu son état s'améliorer considérablement durant quelques semaines. Cet essai thérapeutique fait penser que les manifestations de l'anesthésie bulbo-spinale peuvent être mises sur le compte de quelque auto-intoxication ou de quelque infection locale. A l'appui de cette manière de voir on peut invoquer une récente observation de Lagner et Weigert, de Francfort. Un homme, qui présentait les symptômes de la *myasténie d'Erb*, mourut après quatre ans de maladie, en pleine connaissance. L'autopsie prouva l'existence d'une *tumeur maligne du thymus*. R. Leroy.

XXIII. **De la morphinomanie. Auto-observation d'un médecin morphinomane**; par M. le professeur Debove (*Presse médicale*, 26 mars 1902).

M. Debove rappelle à ses auditeurs combien la morphinomanie fait de ravages parmi les médecins. Il fait entre le morphinomane et le morphiné la même distinction qu'entre l'alcoolique et l'alcoolisé. Le morphinomane est un sujet chez lequel on ne peut supprimer la morphine sans produire d'accidents. L'élément essentiel pour qu'un morphiné devienne morphinomane serait le terrain névropathique.

Le professeur dit quelques mots de l'état de besoin de la démorphinisation par les méthodes lente et brusque et lit l'observation d'un médecin morphinomane issu de parents névropathes, entré dans l'intoxication, comme cela se voit souvent, à la suite des conseils thérapeutiques d'un confrère morphinomane. Le ma-

lade ne dépasse pas la dose de 2 à 3 centigrammes par jour, mais arrive cependant, au bout de quinze jours, à ne plus pouvoir se passer du poison. Il éprouve l'euphorie caractéristique, l'état de besoin avec ses angoisses, la perte de l'appétit, l'insensibilité morale, etc. Que serait devenu ce médecin, aujourd'hui un maître? probablement une nouvelle victime de la terrible intoxication. Son courage, sa vision nette du danger lui ont permis de rompre avec la morphine dans des circonstances dignes d'être rapportées : « Je rentrai à Paris amélioré au point de vue rhumatismal, mais anémié, le corps atone et l'âme éteinte, sauf aux heures d'éréthisme morphinique. Fort heureusement une secousse imprévue vint provoquer la réaction salutaire. Un matin, je devais retrouver mon regretté camarade Girode dans le service de Lancereaux pour faire avec lui « l'épreuve du malade ». J'arrive en avance ; le savant médecin de la Pitié, entouré d'élèves, était au lit d'une malade; c'était une morphinique. Et Lancereaux lui faisait un tableau saisissant de sa déchéance physique et morale et de son pitoyable avenir... je me sentis pâlir, ma tête tourna, mes oreilles tintèrent, je descendis rapidement dans la cour, gagnais un banc et m'y évanouis. Revenu à moi, je me dis qu'il *fallait rompre* ou que *j'étais perdu*... Je diminuai chaque jour d'*un tour de vis* la dose quotidienne. Au bout d'un mois j'étais délivré. » R. LEROY.

XXIV. **Epilepsie et amnésie rétrograde**; par M. J. SEGLAS (*Presse médicale*, 12 avril 1902).

L'existence de l'amnésie rétrograde, à la suite des traumatismes, des émotions violentes, dans l'hystérie, dans les intoxications chroniques, en particulier l'alcoolisme, est un fait de séméiologie clinique aujourd'hui bien connu. Il n'en est pas de même de l'amnésie rétrograde dans l'épilepsie.

Le caractère ordinaire de l'amnésie épileptique est d'être une amnésie *simple* ne portant que sur la phase épileptique elle-même. Il existe des cas où l'amnésie épileptique n'est pas seulement simple, mais comprend en même temps une phase rétrogade. M. Séglas a déjà rapporté deux observations de ces faits dans une communication à la Société de médecine légale. La première concernant un jeune homme épileptique depuis son adolescence qui, à la suite d'une crise comitiale survenue vers midi, sans prodromes, présenta une amnésie rétrograde s'étendant à tous les événements de la matinée. Dans la seconde il s'agissait d'une malade de cinquante ans chez laquelle une crise détermina une amnésie rétrograde, totale et permanente, s'étendant aux deux heures qui avaient précédé l'apparition de l'accès.

L'amnésie rétrograde vraie de nature comitiale est très rare ; du moins, elle semble avoir bien peu attiré l'attention des auteurs. M. Séglas en a observé un cas portant sur une période de vingt-

quatre heures. Elle est tantôt *permanente* tantôt *transitoire*. Alzheimer en a rapporté trois exemples très curieux. Dans le premier, l'étendue de la période rétrograde de l'amnésie a été de plus d'un an, dans le second d'une semaine ; pour le troisième de vingt jours. Dans ces trois cas l'amnésie était absolue, complète. Elle a persisté dix jours dans le premier et le second cas, vingt-deux jours dans le troisième.

La question de l'amnésie rétrograde épileptique est très complexe, en raison des facteurs qui ont pu être la cause déterminante du syndrome comitial. C'est ainsi qu'un malade de M. Nageotte, minus habens, alcoolique, épileptique, entré à Bicêtre le 26 août 1900, pour une série d'attaques épileptiformes, raconte tous les événements de sa vie antérieure à 1879 mais a tout oublié depuis cette date. Il se croit en 1879. Un mois après, la mémoire lui revient. Cette amnésie doit-elle être mise sous la dépendance des accidents épileptiques ou du toxique éthylique ? R. Leroy.

XXV. **La Neuronophagie** ; par MM. Albert Devaux et Prosper Merklen. (*Presse Médicale*, 16 avril 1902).

Sur les coupes de l'écorce du cerveau des sujets ayant succombé aux affections les plus diverses, spécialement à celles qui entraînent une détermination cérébrale, certaines cellules nerveuses apparaissent partiellement détruites et semblent digérées par des éléments voisins : c'est la *neuronophagie*, mode de phagocytose.

Les recherches sur ce point d'histologie pathologique doivent leur valeur à la méthode de Nissl. Différents auteurs ont observé la neuronophagie dans la méningo-encéphalite chronique, la démence sénile, l'épilepsie et dans certaines intoxications telles que la rage, l'urémie, le diabète.

L'altération cellulaire se fait par étapes nettement différenciées : gonflement du protoplasma, rejet du noyau vers la périphérie de la cellule, disparition du nucléole. Des éléments nouveaux apparaissent, ce sont des petits corps arrondis prenant plus ou moins la coloration, mais toujours très perceptibles, formant un réseau localisé autour de la cellule nerveuse. Ils sont d'autant plus nerveux que celle-ci est plus atteinte. Ces petits corps pénètrent dans l'intérieur de la cellule et finissent par l'envahir tout entier. C'est la phagocytose d'une cellule nerveuse devenue inutile, désagrégée et digérée par des éléments nouveaux.

Quels sont ces éléments biophages ? proviennent-ils de la mobilisation des cellules du tissu fixe ou ne représentent-ils qu'une fonction spéciale des globules blancs. Valenza, Crocq, France et Athias attribuent ce rôle à ces derniers, Krauss et Marinesco, Nissl, Marchand, ne concèdent qu'à la névroglie ce rôle destructeur.

Il paraît possible que ces deux notions ne soient pas en contra-

diction et que les deux processus puissent évoluer parallèlement. On sait que la moindre irritation s'accompagne d'une diapédèse leucocytaire. MM. Devaux et Nerklen pensent que dans la neurophagie la première place revient aux leucocytes, mais que la névroglie intervient secondairement en comblant les vides produits par la destruction et l'absorption de ceux-ci. R. LEROY.

XXVI. **Un cas de cancer cérébelleux**; par M. le professeur RAYMOND (*Presse Médicale*, 8 octobre 1902).

Intéressante clinique sur un cas de syndrome cérébelleux, dont l'étiologie était difficile à établir.

Un jeune garçon de treize ans, contracte à cinq ans une fièvre scarlatine bénigne et à douze ans une rougeole. Deux mois après la disparition de l'exanthème, le 15 juillet 1901, l'enfant est pris subitement de vertiges, d'éblouissements et de vomissements. On pense à un vertige gastrique.

Quinze jours après, au mois d'août, s'installait lentement et progressivement les symptômes suivants : *céphalée* avec exacerbations, *vomissements*, *amaurose* progressive, *titubation*. Ces troubles deviennent permanents et engagent le malade à venir consulter à la Salpêtrière, en décembre 1901.

Le professeur Raymond note alors : aspect général satisfaisant, à part la céphalée, aucune perversion de la sensibilité objective, intelligence parfaite, aucun trouble de la parole ni de l'écriture. La station debout et surtout la marche sont caractéristiques : le malade, pour se tenir en équilibre, écarte les jambes, porte le corps d'un côté ou de l'autre, surtout à gauche, *comme un homme ivre*, vertiges fréquents. Les *réflexes tendineux* sont tous exagérés ; les *réflexes cutanés* réagissent normalement, le *réflexe de Babinski* est en flexion. Il existe de l'*hypotonie musculaire* et du *gâtisme intermittent*, ni albuminurie, ni sucre. Les *troubles sensoriels* localisés au niveau des yeux consistent en strabisme divergent, fonction de l'amaurose, mydriase, nystagmus, à l'ophtalmoscope, double névrite optique adémateuse en voie de régression atrophique et plus avancée du côté gauche. Les oreilles n'offrent rien à signaler.

Le diagnostic est certainement ici *compression intra-crânienne*. On ne saurait songer à l'urémie, car la scarlatine ancienne n'a pas été accompagnée de troubles rénaux et la perméabilité rénale est normale.

La démarche titubante, vertigineuse, le nystagmus permanent, l'exagération des réflexes tendineux coïncidant avec l'hypotonie musculaire, les troubles oculaires, la céphalée, les vomissements sont une preuve indéniable de *syndrome cérébelleux*.

Quel en est le signe ? S'agit-il d'une sclérose en masse du cer-

velet, non, le début des symptômes a été trop brusque et l'évolution trop rapide En raison de la double atrophie papillaire, on peut penser à une lésion localisée à la base du cervelet et s'avançant plus à gauche qu'à droite.

Quelle en est la nature ? Le malade est trop jeune pour qu'il soit question d'hémorrhagie ou de ramollissement. La sclérose en plaques n'existe guère au-dessous de quinze ans et n'a pas une marche aussi rapide. Les deux hypothèses ayant quelque valeur sont abcès cérébelleux ou tumeur cérébelleuse. L'intégrité de l'oreille, l'état normal de la température, l'examen cytologique négatif du liquide céphalo-rachidien, l'absence de toute polynucléose du sang ramènent le professeur à l'idée d'une tumeur en voie d'accroissement. Cette tumeur serait une néoplasie maligne (sarcome ou gliome), car la syphilis n'existe pas ici et la tuberculose se développe avec une grande lenteur.

Le jeune malade a été opéré par M. Segond : ouverture de la fosse cérébelleuse gauche, ponctions exploratrices dans le cervelet avec une seringue de Pravaz sans aucun résultat. Mort le quatrième jour.

A l'autopsie : s'étalait à la base du cervelet et prédominait surtout à gauche une tumeur inopérable qui avait déjà envahi la plus grande partie du vermis inférieur et des hémisphères cérébelleux, principalement de l'hémisphère cérébelleux gauche. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome globo-cellulaire dont le point de départ est vraisemblablement méningé.

R. Leroy.

XXVII. **Un cas d'épilepsie consécutive à une lésion traumatique du lobe préfrontal**; par R.-A. Urquhart et W. Ford Robertson. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1902).

Homme de 27 ans, sans antécédents héréditaires ni syphilitiques. A l'âge de 18 ans, chute grave; lésions de la tête; plusieurs semaines d'état inconscient. Deux ans plus tard, attaques d'épilepsie, suivies d'accès de manie qui le font interner à l'asile. Les attaques d'épilepsie reviennent à peu près tous les deux mois, et sont suivies de crises de manie de violence progressivement décroissante. Il est dangereux. Physiquement il est robuste et son état général n'est pas mauvais. Il y a de l'œdème des mains; le cœur est irrégulier. Pas de cicatrice sur le cuir chevelu, mais un point douloureux un peu en avant de la suture pariéto-occipitale droite, et, parallèlement à cette suture, une légère dépression. Une cicatrice sous le sillon orbitaire droit. Les sensations sont un peu émoussées, et le réflexe plantaire gauche un peu diminué. Les pupilles sont un peu dilatées, surtout la droite; la réaction d'accommodation est normale, mais la réaction à la lumière est paresseuse,

surtout à droite. Mais le malade prend de la belladone. Surdité à droite. Démarche maladroite. Etat mental très affaibli. Confusion des idées et diminution de la mémoire. Petit à petit le malade s'affaiblit physiquement et mentalement. Les crises épileptiques deviennent plus fréquentes (97 en 27 mois) mais ne sont pas suivies d'accès de manie. Le malade meurt. — L'aura était très nette et marquée par une sensation de légèreté dans la tête et de faiblesse dans les genoux; cette dernière sensation persistait après l'accès. Les convulsions débutaient par le bras gauche, se propageaient au même côté de la face, puis se généralisaient, en demeurant toujours plus intenses à gauche. La tête était tournée à gauche, avec déviation conjuguée des yeux vers le même côté. Les crises étaient suivies d'un état de stupeur, auquel succédait une grande irritabilité. La cessation des bromures avait pour résultat d'aggraver les phénomènes épileptiques. La question d'intervention chirurgicale fut posée mais résolue négativement par la mère du malade. Il faut ajouter que le malade avait une sœur épileptique.

A l'autopsie on trouva dans le lobe frontal droit un foyer étendu de ramollissement, de couleur gris jaunâtre, et il parait évident que ce foyer de ramollissement était la conséquence d'une hémorrhagie traumatique. Le point particulièrement intéressant de cette observation (bien qu'un certain nombre de cas analogues ait été publié dans ces dernières années) c'est l'apparition, à échéance éloignée, d'épilepsie générale, malgré que la lésion traumatique n'ait primitivement intéressé aucun point de l'aire motrice.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XXVIII. **Les formes silencieuses de l'Epilepsie**; par WILLIAM P. SPRATLING. (*The New-York Medical Journal*, 11 octobre 1902).

On a soutenu depuis longtemps, et avec raison, que les formes mineures de l'épilepsie, notamment le petit mal et les formes plus purement psychiques étaient plus difficiles à guérir que celles où dominent les commotions musculaires. Il n'est aucune maladie du système nerveux qui réclame une connaissance aussi exacte des localisations cérébrales que l'épilepsie.

Le caractère de la crise indique assez exactement la partie du cerveau où débute l'attaque, et celle sur laquelle elle va se propager; l'auteur parle ici de l'épilepsie vraie, celle dont la condition ou la lésion nécessaire siège primitivement dans le cerveau et non pas des convulsions réflexes dont la cause peut siéger en un point presque quelconque du corps, et dans lesquelles le cerveau n'est intéressé que secondairement.

Les formes silencieuses de l'épilepsie ont leur point de départ dans une altération des parties du cerveau que l'on considère comme les organes de la mentalité et que les physiologistes parais-

sent d'accord pour localiser dans les lobes frontaux. Ces altérations peuvent donner naissance à deux formes d'épilepsie : l'épilepsie psychomotrice et l'épilepsie psychique pure. Au point de vue de la localisation de la lésion, elles sont probablement identiques et ne diffèrent que par le degré, le première étant plus violente et s'accompagnant de troubles moteurs généralisés, mais de nature non convulsive, la seconde toujours calme, peu gênante, dépourvue de troubles moteurs, mais aboutissant tout aussi sûrement que la première à la destruction des facultés mentales. Le diagnostic de l'épilepsie psychomotrice est toujours facile; l'épilepsie psychique peut au contraire demeurer de longues années inaperçue aux yeux des personnes non exercées. Les crises mentales surviennent souvent chez des neurasthéniques, qui sont d'ailleurs neurasthéniques à cause de leur épilepsie. Souvent les symptômes ne diffèrent pas sensiblement de ceux de la neurasthénie; dans d'autres cas, ils sont différents ou bien plus accusés.

Ainsi la perte de la mémoire est un symptôme de neurasthénie, mais on peut diagnostiquer à coup sûr l'épilepsie chez les personnes dont les oublis sont par trop remarquables et inusités, et surtout chez celles qui disparaissent pendant un temps assez long, et qui se trouvent, en reprenant conscience d'elles-mêmes, dans un lieu éloigné, sans savoir comment elles y sont venues. Elles n'ont commis aucune violence, il y a simplement une lacune dans les opérations conscientes de leur esprit, lacune pendant laquelle le corps a continué à agir d'une manière normale, mais purement automatique.

Il n'est pas rare de voir l'épilepsie psychique pure alterner avec des attaques de grand mal, en sorte qu'un crime peut être commis pendant une crise psychique par un sujet qui ne présente à ce moment aucun des symptômes du grand mal.

Les cas d'épilepsie silencieuse sont loin d'être rares et ils ont une grande importance, tant en médecine pure qu'en médecine légale. Médicalement ils représentent les cas les plus purs de folie soudaine et complète; au point de vue médico-légal, ils enlèvent au criminel si le crime est commis pendant une crise psychique, absolument toute responsabilité. R. DE MUSGRAVE CLAY.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 2 juillet 1903. — Présidence de M. Richer

Paralysie saturnine.

MM. Bernard et Salomon présentent un malade atteint de paralysie saturnine double du type supérieur à disposition radiculaire cervicale (5e et 6e racines).

Recherche sur l'association des idées chez les aphasiques.

MM. P. Marie et Vaschide. — Les auteurs continuant leurs recherches sur la psychologie des aphasiques examinent cette fois-ci l'association des idées,

Les recherches furent faites sur 9 aphasiques, dont un atteint d'aphasie traumatique. On n'a pas voulu classer les malades d'après les schémas cliniques usuels voulant se rendre compte expérimentalement des différences sans partir des principes admis *a priori*.

Il résulte de leurs recherches que les aphasiques, quelle que soit leur forme nonsographique ont une association extrêmement pauvre; elle est nulle dans la majorité des cas. Les sujets ne trouvent aucune image dans la sphère correcte de leur intelligence; le mot l'excitation sensorielle, ou l'acte paraissent être dépourvus de toute puissance dynamogénique ou d'association. Le contenu des excitations d'association ne révèle rien ou presque rien aux aphasiques et les images poutant riches de leur pensée sont obnubilées par cette nouvelle excitation, elles ne se polarisent pas, elles ne se déplacent et ne se mobilisent guère. Les sujets ne peuvent pas tirer aucun parti des contiguités et des resemblances les plus banales des mots. Les dysarthriques et les traumatiques se comportent a peu près comme les sujets normaux.

La neurofibromatose.

M. Cestan. — Présente un deuxième cas de sarcomatose nodulaire primitive de tout le système nerveux central et périphérique. Cette variété de néoplasie évolue avec une physionomie clinique spéciale, signes de tumeur cerébrale avec titulation cérébelleuse et surdité bilatérale. Au point de vue histologique, ce cas présente

l'intérêt d'avoir réuni chez la même malade de nombreuses variétées de sarcome, types fibroplastique, globo-cellulaire, psammomateux, méningite sarcomateuse, infiltration nodulaire des nerfs. On peut par suite dénommer l'affection *neurofibrosarcomatose*. Elle offre une grande parenté avec la maladie de Recklinghausen. D'une part, la maladie de Recklinghausen peut s'accompagner de localisation nerveuse centrale (1 cas personnel de l'auteur), d'autre part le neurofibrosarcomatose peut s'accompagner de molluscum cutanés. Enfin le microscope montre que la disposition des lésions au niveau des nerfs périphériques est semblable dans les deux affections, l'une est à caractère bénin du type fibrome, l'autre est à caractère malin du type sarcome, mais les deux sont une néoplasie primitive du tissu conjonctif du système nerveux.

Maladie de Little.

M. Brissaud présente une enfant née avant terme à sept mois, actuellement âgée de cinq ans, ayant marché et parlé à trois ans, mais dont l'intelligence est actuellement très développée, et qui n'a jamais eu de crises convulsives. Cette enfant est atteinte de contracture généralisée des quatre membres et de la face. (Strabisme intermittent). Faut-il d'après les idées émises par M. Déjerine à la séance de juin, ranger cette petite malade dans une catégorie spéciale spasmodique de la maladie de Little. M. Brissaud ne le pense pas. Malgré l'absence de convulsions et l'intégrité de l'intelligence, la localisation corticale est certaine dans ce cas. Il faut accorder une grande importance à la naissance avant terme que M. Brissaud a déjà montrée dans l'étiologie de la maladie de Little qui pour lui reste autre chose qu'un simple syndrome traduisant une lésion tantôt cérébrale tantôt médullaire.

M. P. Marie ne pense pas non plus que l'absence d'épilepsie permette de distinguer une affection spinale d'une affection cérébrale dans le type de Little. Par analogie et à l'appui de cette opinion il rappelle qu'il a dans son service treize cas d'hémiplégie infantile parmi lesquels deux seulement ont de l'épilepsie; et il présente un diplégique infantile sans épilepsie et dont l'intelligence est intacte; la mémoire du moins est remarquable.

M. Déjerine répond que l'épilepsie est un élément de diagnostic, mais pas un élément essentiel et suffisant. Il faut que l'intégrité de l'intelligence vienne s'y ajouter et aussi l'intégrité de la face. Dans son service presque toutes les malades hémiplégiques infantiles sont épileptiques. Le malade diplégique de M. Marie n'est pas épileptique, mais malgré sa bonne mémoire il est un débile, donc son intelligence s'est pas absolument intacte, enfin ce malade n'a pas non plus une face intacte. La petite malade de M. Brissaud n'a pas non plus la face intacte. Seule son intelligence

est idemne; mais si elle n'a pas d'épilepsie, son jeune âge lui permet de la voir apparaître plus tard. Un malade de M. Déjerine n'a en sa première attaque épileptiforme qu'à l'âge de six ans. Il insiste enfin sur ce faitr que étant seul ici à avoir autopsié trois maladies de Little, deux de ces cas étaient dus à des lésions médullaires.

M. Brissaud reste d'accord avec M. Déjérine sur les faits, il pense cependant qu'une épilepsie survenant seulement cinq ans après la constatation de la maladie de Little peut ne pas être due à celle-ci et être une épilepsie essentielle ou autre ajoutée à la maladie de Little. S'il y a une maladie de Little spinale et une cérébrale, il faut la redécrire, La congénitalité ne suffit pas en tout cas à établir la maladie de Little qui pour M. Brissaud reste un type constant cérébral, dans lequel il faut faire une grande part à la naissance avant terme. Sur les trois cas de M. Déjerine il y avait une maladie de Little et deux cas de paralysies spasmodiques corticales et les pieces montrées par lui à la séance de juin étaient celles d'un tabes dorsal spasmodique avec participation du membre supérieur.

Abduction des orteils.

M. Babinski montre sur plusieurs sujets que le frottement de la plante du pied avec une épingle peut produire comme reflexe une abduction des orteils en éventail. Cet écartement est très rare et peu marqué à l'état normal : il est au contraire très commun et très intense dans les cas de lésion du faisceau pyramidal. Il est fréquent aussi chez le nouveau né dont le faisceau pyramidal est encre incomplètement développé. C'est donc un bon signe qui peut se rencontrer là où le reflexe en extension des orteils fait défaut, ce qu'arrive quelquefoit dans les affections pyramidales.

Phénomène de Strumpel.

MM. Marie et Crouzon présentent divers malades atteints de sclérose spasmodique chez lesquels, ils ont relevé ainsi que dans des cas de scléroses en plaques et de scléroses combinées le phénomène de contraction du jambier antérieur pendant la flexion, phénomène que Strumpel a rattaché comme signe à l'hémiplégie. Dans les auteurs, ce phénomène ne se produit que quand il y a une certaine spasmodicité.

Surdité verbale.

M. Gilbert Ballet décrit les lésions rencontrées dans le cerveau d'un malade affecté de surdité verbale avec paraphasie, agraphie et cécité verbale consécutives. L'écorce de la première temporale gauche était microscopiquement intacte, mais au-dessous de cette écorce à la partie moyenne de cette première temporale il y avait

un petit foyer de ramollissement. Il s'agit donc d'une aphasie sensorielle produite par une lésion sous-corticale.

L'examen histologique de la substance grise d'où provenaient les fibres ramollies (partie moyenne de la première temporale) a permis de constater une atrophie notable des cellules de l'écorce. Cette atrophie des cellules du cerveau sous l'influence de la lésion des fibres qui en émanent avait été déjà mise en relief par les constatations de von Monakov, Ceni, Dotto, et Gusateri, par les recherches expérimentales de MM. G. Ballet et M. Faure et par les observations anatomo-pathologiques de M. Marinesco (Soc. Méd. des hôpitaux, 24 mars 1899), en ce qui concerne les grandes cellules pyramidales de la zone motrice. La nouvelle observation de M. Ballet montre que les choses se passent dans la temporale comme dans les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et le lobule paracentral.

Hémiparésie de nature indéterminée.

MM. Dufour et Chaix demandent l'avis des membres de la société au sujet d'une femme hémiparétique gauche dont les signes tels que l'extension des orteils sont intermittents ou alternent avec des phénomènes de signification contraire. Leur opinion penche vers la nature hystérique des troubles constatés.

M. Babinski trouve à gauche l'abduction des orteils, et constate le signe du peaucier. Il conclut à la nature organique des accidents.

Mal de Pott sous-occipital traumatique.

M. Ernest Dupré présente un homme de quarante-trois ans, atteint à quatre ans, à la suite d'une chute d'un mal de Pott sous-occipital, qui, guéri vers l'âge de douze ans, a laissé comme vestige de la cyphose et du raccourcissement du cou, avec scoliose du dos. Dès l'âge de cinq ans, atrophie considérable de la langue, surtout à gauche, demeurée stationnaire depuis. A vingt-sept ans, troubles paréto-spasmodiques et ataxiques dans les membres supérieurs; ni troubles sensitifs, ni troubles trophiques; mais altération marquée de la perception stéréognostique, surtout à gauche. A trente-six ans, extension des troubles moteurs aux membres inférieurs, entraînant de la dysbasie spasmodique et titubante. Réflexes très exagérés : signe de Babinski à gauche. Agénésie. Pas de troubles des sphincters. Pas d'hystérie. Santé générale excellente.

Observation intéressante par l'origine lointaine et traumatique, la nature et l'évolution lente et irrégulière des accidents, qu'on doit rapporter à la compression de la moelle cervicale par des lésions progressives de pachy-méningite chronique.

Trois cas de névrites radiales.

M. Babinski présente deux malades et rapporte le cas d'un troisième atteint d'une douleur postérieure du bras et de l'épaule dans le domaine du radial supérieur, sans paralysie ni atrophie, mais avec abolition du réflexe du triceps brachial. Ce dernier phénomène caractérise la névrite (apparemment rhumatismale en l'absence d'autre étiologie connue) du radial supérieur.

M. Marie, fait observer que les deux malades ont une attitude identique, tenant l'épaule gauche relevée. Il a vu de nombreux cas de ce genre.

Myoclonie et Epilepsie.

MM. Gilbert Ballet et Paul Bloch présentent une malade âgée de dix-sept ans qui, depuis l'âge de douze ans, est affectée, d'une façon intermittente, de secousses myocloniques des membres supérieurs et inférieurs. Ces secousses se produisent toujours ou dans la matinée ou la nuit quand la malade se lève pour uriner. La malade en a pleine conscience, ces secousses ne s'accompagnent jamais de perte de connaissance. La nature de cette moyclonie a longtemps été méconnue, elle est devenue évidente quand, il y a quelques mois, la jeune fille a été prise la nuit d'une crise épileptique franche. — Les secousses chez les épileptiques ne sont pas très rares dans l'intervalle, à la veille ou à la suite des accès (Herpin, Delasiauve, Féré, Russel, Reynold, Seppili, Lugard, Maurice Dide etc. [1]), bien que leur importance et leur fréquence aient été passées sous silence dans beaucoup de descriptions de l'épilepsie. même récentes. Mais le fait qui ressort nettement de l'observation des auteurs et d'autres cas cités par M. G. Ballet, c'est la possibilité de l'apparition de la myoclonie longtemps avant les manifestations classiques de l'épilepsie, fait qu'il importe de connaître au point de vue du diagnostic de la nature de certaines secousses myocloniques qui sont d'ailleurs comme les autres formes du mal comitial heureusement influencées par les bromures.

M. Meige remarque que bien des tics sont de véritables équivalences comitiaux.

M. Brissaud demande qu'on emploie un langage plus net. Ces phénomènes sont des secousses de tout un membre un segment du membre ou groupe musculaire, ce n'est donc pas de la myoclonie. Ce terme désignant des mouvements spéciaux d'un seul muscle pris à part. Conservons donc pour le phénomène actuellement étudié le mot français de secousse qui est parfaitement suffisant et plus clair.

M. Marie présente les pièces d'une *méningite postérieure de la moelle.*

[1] Bourneville.

M. Halbron rapporte un cas de *glyome du corps calleux*, avec hémiplégie progressive. La ponction lombaire avait montré beaucoup de cellules polynucléaires.

Note sur l'état des fibres à myléine du plexus cardiaque chez les tabétiques.

M. Heitz a recherché l'état du plexus cardiaque chez douze tabétiques. Il a trouvé les fibres à myéline diminuées dans la proportion des deux tiers ou même des trois quarts. Ce fait expliquerait la latence des troubles aortiques chez les tabétiques.

M. Médéa envoie une communication sur un cas de *polynévrite toxique*, probablement amylique.

Tabès et hystérie chez un débile, — Interprétation hypocondriaque des symptômes par un délire de zoopathie interne.

MM. Ernest Dupré et Léopold Lévi relatent l'histoire d'un chiffonnier, a lourde hérédité pyschopathique descendante et collatérale lui-même alcoolique et mentalement très débile et offrant toute la série des symptômes d'un tabes à la période d'incoordination motrice. Le malade présente des troubles gastro-intestinaux (dyspepsie sensitivomotrice avec dilatation d'estomac, aérophagie, spasme du gros intestin). Les troubles douloureux et spasmodiques de l'estomac et de l'intestin sont la cause occasionnelle du développement d'accidents hystériques (œsophagisme, éructation, crises de tremblement et de tachypnée).

Le côté intéressant de cette histoire réside dans la riche association des syndromes observés : dans l'apparition, il y a plusieurs années, d'un délire hypocondriaque, localisé surtout à la sphère abdominale et qui se caractérise par la croyance en l'existence d'une bête habitant le ventre. Les déplacements et l'activité de cet animal expliquent pour le malade tous les symptômes qui relèvent chez lui soit de l'état digestif, soit une hystérie, soit du tabes. Les caractères particuliers et le siège abdomidal des préoccupations hypocondriaques reposent sur l'hyperesthésie gastro-intestinale.

La forme zoopathique interne du délire s'explique par la débilité mentale. L'interprétation délirante des troubles anesthésiques donne ici la mesure du niveau mental de ce dégénéré héréditaire.

M. Ballet a vu des tabétiques devenus persécutés attribuer leurs douleurs fulgurantes aux manœuvres de leurs persécuteurs.

M. Dupré établit une différence entre cette interprétation délirante à type externe des persécutés et à celle à type de possession zoopathique interne de son malade.

Aspect ondulé persistant des racines médullaires après un affaissement brusque de la colonne vertébrale.

MM. Léri et Mocquot présentent la moelle d'un sujet atteint de mal de Pott il y a huit ans et chez lequel se produisit il y a sept ans un affaissement brusque de la colonne dorsale avec paraplégie. La moelle comprimée par une forte saillie angulaire des corps vertébraux présente un étranglement très limité au niveau des 6e et 7e racines dorsales. Au-dessus et au-dessous, mais surtout au-dessus, les racines présentent toutes, les antérieures comme les postérieures, de la 5e cervicale à la 5e lombaire, un aspect ondulé et chevelu tout-à-fait remarquable : il semble que les extrémités des racines se soient rapprochées l'une de l'autre et qu'elles se soient repliées dans leur longueur sans nullement s'atrophier ni se rétracter. Dans aucun cas de cyphose ou de scoliose même très acusée à évolution lente que nous avons examinés nous n'avons trouvé un tel aspect ondulé des racines. Cet aspect ne nous paraît pas encore avoir été signalé.

Sclérose des olives bulbaires.

MM. P. Marie et Guillain présentent des coupes histologiques montrant les lésions limitées aux deux olives bulbaires. Ces lésions consistent en une hypertrophie des olives avec sclérose et démyélinisation des fibres périolivaires et intraolivaires. Ces lésions n'ont pas déterminé de dégénérations secondaires nettement applicables à l'exception de la double dégénération du faisceau de Hilweg.

Ces altérations limitées aux olives ne sont pas en rapport avec des lésions du cervelet ou du faisceau central de la calotte, il ne s'agit pas là de tumeurs ni de syphilomes. Les auteurs discutent la possibilité d'une sclérose en plaques mais ne peuvent se prononcer sur l'origine première de ces lesions, tout à fait exceptionnelles.

Madame Dejerine fait observer que quand le faisceau central de la calotte est lésé, la dégénérescence se localise à la partie supérieure seulement de l'olive.

Le réflexe de Babinski chez les enfants.

M. A. Leri, communique ses recherches portant sur 166 enfants. Leri conclut que :

1° A la naissance l'extension des orteils est la régle presque générale, la flexion la très grande exception.

2° Après trois ans la flexion est la règle, l'extension l'exception, sans cependant avoir la même valeur diagnostique certaine que chez l'adulte.

3° Entre un et trois ans l'extension est exceptionnelle en dehors des deux cas suivants : A) dans les affections du système nerveux : il n'a cependant pas dans ce cas la même valeur que chez l'adulte

parce que le faisceau pyramidal à peine achevé paraît être beaucoup plus sensible que chez l'adulte aux atteintes pathologiques. en particulier aux atteintes toxiques; B) dans les cas de troubles profonds de la nutrition générale, ceux-ci paraissent avoir pour corollaire dans presque tous les cas un retard dans le développement du faisceau pyramidal.

4° C'est vers 5 ou 6 mois que semble disparaître en général chez un enfant normal, sauf exceptions individuelles, l'extension des orteils; une période de transition est marquée souvent par l'extension intermittente et par l'extension unilatérale.

5° L'extension des orteils paraît disparaître à peu près vers la même époque que l'attitude spasmodique si spéciale des nouveaux-nés : tous deux marquant l'incomplet développement du faisceau pyramidal et, s'il se prolonge, constituent le tableau presque parfait du syndrome de Little.

Léri signale enfin l'existence tout à fait exceptionnelle d'un réflexe « en abduction » du gros orteil sans en pouvoir fournir la valeur diagnostiqne.

Méningisme et puérilisme mental paroxystique chez une hystérique.

MM. Ernest Dupré et J. Camus. — L'observation concerne un cas d'association, chez un hystérique, de deux syndromes, l'un somatique, le *méningisme*, l'autre mental, le *puérilisme*, dont l'apparition paroxystique et itérative a composé chez la même malade une histoire clinique fort intéressante. Le *méningisme*, affirmé par l'allure et l'évolution des symptômes, la guérison des accidents et le résultat négatif du cyto-diagnostic, s'est traduit par un ensemble de signes d'apparence hautement grave, parmi lesquels l'hyperthermie progressive jusqu'à plus de 41°, le strabisme interne, l'apparition épisodique du signe de Babinski, constituent les plus intéressants.

La malade ayant perdu sa sœur de méningite tuberculeuse cinq mois après, a fait une récidive d'accidents pseudoméningitiques. dont elle a guéri en quelques jours. Cette méningite tuberculeuse mortelle, encadree entre deux attaques de méningisme, chez deux sœurs, décèle chez elles la communauté de la prédisposition morbide du cortex et montre la réalité, à travers les épisodes de la pathologie individuelle, de la pathologie familiale. La succession de ces faits chez deux membres d'une famille ou abondent les antécédents tuberculeux et névropathiques, prouve combien doit être réservé le pronostic du méningisme, syndrome révélateur de la vulnérabilité particulière de l'écorce cérébrale. et de l'aptitude spéciale de son appareil méningo-vasculaire aux ensemencements microbiens.

L'étude clinique et cytodiagnostique de ce cas prouve combien

peuvent être intenses, en l'absence de toute lésion saisissable, les réactions cérébrales qui caractérisent le méningisme, y compris la courbe fébrile la plus fidèlement simulatrice de l'évolution thermique des méningites.

Le puérilisme mental, qui a succédé à l'attaque de méningisme, est cette singulière altération de la personnalité, que caractérise le retour à l'état mental de l'enfance : la malade a vécu, pendant une dizaine de jours, en manifestant les goûts, les sentiments, les occupations, le langage, l'écriture, l'habitus, etc., d'une fillette de quatre à cinq ans. Il s'agit là d'un syndrome d'éclosion spontanée, d'évolution souvent paroxystique, que l'un de nous a eu plusieurs fois déjà l'occasion d'observer et qui mérite une place à part dans la séméiotique psychologique.

La prochaine séance aura lieu après les vacances, le 5 novembre.

F. Boissier.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance anuelle du 16 juin 1903. — Présidence de M. Jules Voisin.

De la suggestibilité; observations de psychothérapie.

M. Van Velsen (de Bruxelles). — La suggestibilité est une faculté aussi normale que les autres facultés humaines. Etant donné la loi : toute cellule cérébrale actionnée par une idée actionne à son tour les fibres nerveuses qui doivent réaliser cette idée, on arrive à cette définition que la suggestibilité est la faculté par laquelle le cerveau accepte et réalise l'idée. J'insiste sur le mot faculté, car trop de personnes pensent qu'être suggestible c'est être malade et que la suggestibilité est un phénomène anormal. Comme les autres facultés, la suggestibilité peut être normale ou anormale; il peut y en avoir trop on trop peu nomme il y a anesthésie et hyperesthésie. Dans l'état normal, le cerveau accepte avec jugement. Dans l'état d'entêtement, le cerveau n'accepte pas, car il n'y a pas assez de suggestibilité.

Dans l'état d'hypersuggestibilité, de nature hystérique ou autre, le cerveau accepte trop vite et réalise donc trop rapidement. Comme cas cliniques, tirés de ma pratique, je citerai : un cas d'ovarialgie, qu'on allait opérer et que j'ai guéri par suggestion en deux séances un second cas opéré, celui-ci, malgré mon avis, et dont j'ai pu guérir la récidive ainsi que les symptômes moraux ayant suivi la mutilation; un cas de paralysie agitante, guéri, pas évidemment, mais soulagé pendant trois ans; un cas du surdité, datant de trois ans, guéri en six semaines; deux cas

d'application à la chirurgie; le cas d'une jeune fille hystérique, tenue en état de somnanbulisme pendant cinq mois, sans réveil, et guérie complètement.

L'anginophobie.

M. Fiessinger. — L'enginophobie peut mener au découragement, à l'angoisse, à la mélancolie, même au suicide. C'est pour cela qu'il ne faut jamais, sur une ordonnance, inscrire le diagnostic d'angine de poitrine; il faut même persuader anx angineux vrais qu'ils ont une fausse angine. Le médecin doit leur remonter le moral par une suggestion active, répétée, pressente; au fur et à mesure que les mois et les années s'écoulent, il doit rendre de plus en plus convaincante sa puissance de persuasion.

Idées de doute et phobies portant sur la sphère génitale.

M. Vidal. — A la veille de son mariage, un de mes clients redoute de n'être pas apte à remplir ses devoirs conjugaux; il passe une nuit atroce, en proie à sa phobie. Bien qu'un examen m'ait démontré le lendemain que la défloration était récente et complète, il se croit anormal et inférieur. Cet homme a toujours en l'idée de se faire remarquer, d'être supérieur aux autres; il veut aussi paraître supérieur aux yeux de sa femme; son état résulte d'un amour propre excessif porté jusqu'à l'état morbide.

Guérison de symptômes hystériques spasmodiques graves par la suggestion.

M. Stadelmann (de Würtzbourg) rapporte des cas de contracture hystérique du genou et de tremblement des mains, survenus à la suite de surmenage et d'émotions et guéries par simple suggestion à l'état de veille.

La thérapeutique suggestive en ophthalmologie.

M. Leprince (de Rourges) rapporte, entre autres, des observations de ptosis pseudo-paralytique associé à une amaurose unilatérale hystérique complique compliquée d'amblyopie de l'autre œil, tous deux guéries par suggestion.

Incontinence d'urine guérie par la suggestion pendant le sommeil naturel chez une enfant de vingt-six mois.

M. Paul Farez — Une enfant a cessé d'uriner au lit, la nuit, vers quatorze ou quinze mois. A deux ans, elle se met à présenter, par intermittence, de l'incontinence nocturne. Quand il n'y a pas eu de garde robe dans la journée, on lui donne avant de la mettre au lit un lavement froid; il en résulte pendant le sommeil une abon-

dante diurèse, laquelle conditionne l'incontinence. Celle-ci ne parait que si l'entéroclyse a été administré. Par suggestion pendant le sommeil naturel j'ai supprimé radicalement cette incontinence. Cette suggestion somnique constitue le procédé de choix dans bon nombre d'incontinences, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants en bas âge et non hypnotisables. Dans tous ces cas d'incontinence nocturne, l'enfant dort trop profondément. La suggestion somnique, pour être efficace, doit réveiller à demi le dormeur; dans de nombreux cas analogues, j'exige que l'enfant, sans cesser de dormir, me reponde expressément qu'il m'a entendu et qu'il consent à exercer, tout en dormant, un contrôle sur sa fonction vésicale.

Impuissance génitale d'origine mentale guérie par la suggestion somoonformique.

M. Paul Farez. — Un homme de trente ans, triste scrupuleux, douteur, inquiet, irrésolu, présente, depuis une dizaine d'années, une impuissance absolue toutes les fois qu'il voit une femme nouvelle. Il ne s'agit ni de trac, ni de timidité, mais de préoccupations mentales qui l'assaillent au moment de l'acte et font inhibition. Désireux de se marier, il n'ose le faire, à cause de l'incapacité fonctionnelle qu'il est sûr de présenter, au moins pendant les premiers jours. Réfractaire à l'hypnoptisme proprement dit, il a été soumis à la suggestion somnoformique et guéri de son impuissance. Le lendemain de son mariage, il m'envoie ce mot : « Succès sur toute la ligne. » La suggestion somnoformique, dans l'état d'hyponarcose ou de narcose subliminale, triomphe des doutes et des obsessions raisonnantes chez les mentaux que, trop souvent, on essaie en vain d'hypnotiser.

L'hypnotisme chez les animaux.

M. Leipnay. — Etudie les diverses expériences d'hypnotisme faites sur les animaux suivants : poules, serpents, crocodiles, écrevisses grenouilles, langoustes, perruches; il rapporte les observations qu'il a faites sur un guenon et sur de nombreux chevaux; il distingue un hypnotisme fortuit avec, suivant les cas, catalepsie, léthargie, somnambulisme, fascination etc.

L'hypnotisme chez le cheval.

M. Guenon. — Rapporte les nombreuses expériences qu'il a faites sur l'hypnotisme chez le cheval; il expose surtout les états de charme et les effets thérapeutiques produits par l'influence de la musique.

Les actes psychiques dans la série animale.

M. Hachet Souplet. — En s'appuyaut non pas sur des anecdotes littéraires mais sur la méthode expérimentale, on peut arriver

à classer les actes psychiques des animaux en envisageant les états transitoires par lesquels ont passé les facultés psychiques L'instinct est une impulsion obscure; l'intelligence consiste à s'adapter immédiatement à un cas contingent et en grande partie nouveau dans la vie de l'espèce. L'intelligence est sortie non pas de l'instinct, mais d'nne mémoire fonctionnelle, distincte de la mémoire intellectuelle. (*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE.

XII. *Leçons sur les maladies du système nerveux*; par F. Raymond, membre de l'Académie de médecine, professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Paris. *Sixième série :* année 1900-1901. Un volume grand in-8°, de 618 pages, avec 117 figures dans le texte. Paris 1903. O. Doin, éditeur.

L'année qui a suivi son accession à la chaire de Clinique des maladies du système nerveux, à la Salpétrière, le professeur Raymond faisait paraître une première série de leçons didactiques délivrées au cours de la première année de son enseignement officiel. Au début de sa carrière professorale, il s'était imposé comme règle, de préparer consciencieusement ses leçons magistrales et de s'entourer de tous les documents susceptibles de servir à l'instruction et à l'édification de ses auditeurs, ainsi qu'il le déclarait en propres termes dans la préface de ce premier volume.

L'année suivante, dans la préface du volume qui suivit, il s'expliquait avec plus de détails sur le programme qu'il s'était imposé pour ses leçons du vendredi et qu'il comptait suivre jusqu'au bout. Ce programme il le résumait ainsi :

« Partir d'un fait clinique pour envisager les problèmes de pathologie nerveuse, tels qu'ils se présentent dans la réalité, en montrant combien souvent l'individualisme pathologique des malades s'harmonise mal avec les descriptions didactiques des maladies, produits d'une synthèse arbitraire ou prématurée.

« Poursuivre la solution de ces problèmes en faisant appel, dans la plus large mesure possible, aux travaux d'autrui, sans rien abandonner de mes opinions personnelles. »

La fidélité que le professeur Raymond a gardée à son programme du début se reflète dans toutes les parties de cette œuvre, passablement vaste, qu'embrassent les six volumes de clinique parus depuis l'année 1896. Les deux cents leçons réparties entre ces six volumes touchent aux questions les plus diverses de la pathologie nerveuse; dans chaque volume, il s'en trouve qui s'enchaînent étroitement les unes aux autres, convergent vers un même sujet

dont l'étude est envisagée aux points de vue les plus divers : tour à tour les affections de la queue de cheval et du cône terminal, les polynévrites, les tumeurs cérébrales, les nombreuses modalités cliniques de la syringomyélie, les paralysies alternes, les paralysies des mouvements associés des yeux, l'asthénie bulbaire, etc., ont fait l'objet de pareilles études d'ensemble.

Dans le dernier volume paru, quinze leçons, sur trente-neuf, sont consacrées à l'histoire des *atrophies musculaires progressives*, envisagée à un point de vue essentiellement clinique. La méthode adoptée par le professeur Raymond s'y révèle dans toute sa rigueur et dans toute sa fécondité. On avait multiplié, comme à plaisir, les formes ou *types* d'atrophie musculaire progressive. Le meilleur moyen de familiariser ses auditeurs avec ces types multiples était de leur en faire la description sur des échantillons vivants; ce procédé a été largement mis en pratique par Raymond, grâce aux incomparables ressources de son service à la Salpêtrière. Mais il s'agissait aussi d'opposer à l'œuvre essentiellement factice de la pathologie descriptive, la réalité clinique telle qu'elle se dégage de l'observation impartiale des faits, et ici les occasions n'ont pas manqué de mettre en lumière « combien souvent l'individualisme pathologique des malades s'harmonise mal avec les descriptions didactiques des maladies, produits d'une synthèse arbitraire ou prématurée. »

On avait eu la prétention d'ériger un certain nombre de types d'atrophie musculaire progressive en véritables espèces morbides autonomes, en leur attribuant des caractères propres, empruntés à l'étiologie, à la symptomatologie, à l'anatomie pathologique. Or, l'observation clinique a démontré qu'on avait mis trop de hâte à conférer à ces prétendus caractères différentiels une valeur qui leur fait défaut.

Elle a démontré que ces types d'atrophie musculaire, érigés en espèces morbides autonomes, étaient des créations purement artificielles, qu'ils se fondaient les uns dans les autres, reliés qu'ils sont, par tous les types imaginables de transition; en un mot, au point de vue de la nosographie générale, il existe une maladie de dégénérescence qui est l'atrophie musculaire progressive, celle-ci comportant des types nombreux.

Bref, en se maintenant le plus possible sur le terrain de la clinique, en opposant le témoignage des faits aux classifications artificielles et au raisonnement à prioristique, le professeur Raymond nous fait revivre, étape par étape, l'histoire si suggestive des atrophies musculaires progressives, depuis les travaux de Duchenne (de Boulogne), jusqu'à nos jours.

Au cours d'une première phase, Duchenne nous révèle l'existence d'une maladie nouvelle, caractérisée par une fonte progressive des muscles, et pour lui, cette maladie est *une*.

Dans la suite des temps, on la morcelle en fragments nombreux qui constituent les types dont il est question à l'instant. Puis Erb entreprend de réagir contre cette tendance à multiplier indéfiniment les variétés d'atrophie musculaire progressive; il propose de les ramener à deux grandes espèces : une forme *spinale* qu'on désigna encore sous le nom d'atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne; une forme *myopathique*, maladie essentiellement familiale, à l'inverse de ce qui semblait avoir lieu pour l'autre.

Enfin, à cette troisième phase, succède la phase contemporaine qui nous fait assister à la restauration de la doctrine uniciste de Duchenne; il n'existe pas de ligne de démarcation absolue entre les formes spinale myopathique d'atrophie musculaire progressive, entre les formes familiale et non familiale. Nous connaissons aujourd'hui une forme d'atrophie musculaire progressive (type *Werdnig-Hoffmann*), dont les caractères fondamentaux figurent indifféremment parmi ceux que l'on considérait comme appartenant en propre à l'une ou l'autre des deux grandes espèces, admises par Erb. Nous sommes ainsi ramenés par un long détour, au point de départ de ce long cycle inauguré par les inoubliables travaux de Duchenne.

Et toute cette vaste étude se déroule à travers quinze leçons substantielles sous les yeux du lecteur captivé, parce qu'il s'assimilie sans grand effort ce qu'il lit, tant le style de l'ouvrage est clair, tant les transitions sont ménagées avec art, ainsi que les retours vers les chapitres antécédents, sous la forme de coups d'œil rétrospectifs, tant les arguments frappent, présentés qu'ils sont sous la forme de faits qui imposent la conviction. Pourtant une critique doit être ici présentée, à propos du type Landouzy-Déjerine. Cette critique a trait à une erreur que M. Raymond a laissé passer ayant, sans doute, mal lu l'épreuve qui lui était soumise. Il est dit, en effet, page 124, 6e série que MM. Landouzy et Déjerine ont eu tort de prétendre que dans le type qu'ils ont décrit l'atrophie commençait par les muscles des mains, comme dans l'atrophie Aron-Duchenne, l'atrophie myélopathique, alors qu'ils ont établi, les premiers, tout le contraire; ils se sont, au contraire, efforcés de montrer que leur type était *facio-scapulo-huméral*.

Les trois leçons qui suivent ne sont pour ainsi dire, qu'un prolongement des précédentes. Elles comprennent une étude approfondie de la *sclérose latérale amyotrophique*, basée sur six observations inédites. La question des rapports de cette maladie avec l'atrophie musculaire progressive de Duchenne est discutée à fond. L'auteur a mis en pleine lumière les arguments qui militent contre la doctrine de Leyden, contre la doctrine de l'identification des deux maladies.

Le manque d'espace ne nous permet pas de passer en revue, dans le détail, les sujets traités dans les onze autres leçons. Nous ne

pouvons toutefois nous dispenser d'attirer l'attention de nos lecteurs sur les deux leçons consacrées à l'*hémianopsie*. Aussi bien ils y trouveront une occasion presque unique de se familiariser avec la séméiologie de ce trouble de la perception visuelle, question aride entre toutes et trop insuffisamment connue de la masse des médecins. A ce propos, nous considérons comme un devoir de placer une remarque qui a son intérêt; sans doute, les leçons de clinique du professeur Raymond s'adressent en première ligne à ceux qui s'adonnent spécialement à l'étude de la neuropathologie en raison de la multiplicité et de l'importance des questions qui y sont traitées, en raison de leur richesse documentaire, en raison aussi de l'autorité qui s'attache aux opinions personnelles de l'auteur. Mais elles constituent une œuvre de vulgarisation, en ce sens qu'elles mettent à la portée de tous les praticiens la connaissance des maladies du système nerveux, c'est-à-dire d'une branche de la pathologie, dont il ne leur est plus permis de se désintéresser, après l'essor prodigieux qu'elle a pris dans le dernier quart de ce siècle. Ecrites sous une forme animée, souvent attrayante, ces leçons font une très large place à l'étude du diagnostic différentiel, sans compter que des développements considérables ont été consacrés à la thérapeutique, chaque fois que les circonstances s'y prêtaient; nous en citerons comme preuve, les chapitres dans lesquels le professeur Raymond a exposé le *traitement des polynévrites*, le *traitement du tabes dorsalis*, la conduite à tenir dans les cas de *tumeur cérébrale*, le *traitement des atrophies musculaires progressives*. Aussi n'hésitons-nous pas à déclarer que les leçons de clinique du professeur Raymond s'imposent à l'attention de tous ceux qui suivent pas à pas l'évolution de la pathologie nerveuse, mais qu'ils ont aussi leur place marquée dans la bibliothèque de tous les praticiens soucieux de se tenir au courant du mouvement médical contemporain. B.

XIII. *Manuel de psychiatrie*, par Roques de Fursac. Alcan, Paris 1903.

Ce livre comble une regrettable lacune et sera par suite bien accueilli par tous : grâce à lui le médecin aura un manuel très clair, très documenté, où il trouvera matière à satisfaire son désir de se renseigner sur les faits de psychiatrie sans se créer d'idées fausses. L'auteur a du reste eu l'excellente idée de mettre au début de son volume une première partie intitulée : « Psychiatrie générale », grâce à laquelle on peut comprendre la nature des psychoses. Après avoir passé en revue les causes multiples des psychoses, il entre dans la séméiologie des troubles cérébraux : troubles de la perception, troubles de la conscience, de la mémoire, etc., tout cela est exposé et sert heureusement d'introduction à la psychiatrie spéciale (deuxième partie). Celle-ci com-

mence par une classification qui est celle légèrement modifiée, de Kræpelin, après quoi M. Rogues de Fursac étudie chacune des formes dont nous donnons la liste : Psychoses infectieuses, psychoses d'épuisement, psychoses toxiques, psychoses par auto-toxication, psychoses citées aux affections cérébrales, psychoses d'involution, psychoses indéterminées (prédisposition), psychoses liées aux névroses, arrêts de développement. M. Rognes de Fursac, entre autres qualités, possède de la clarté et de la précision et pour un volume de ce genre, cela est capital et en augmente la valeur. Pour n'en donner qu'un exemple : l'avant-propos est destiné en partie à bien définir certains termes, tels que : arrêt de développement, aliénation mentale, folie. Une telle façon de procéder convient bien à un manuel, c'est-à-dire à un livre pratique et devant être lu sans effort. G. PAUL-BONCOUR.

XIV. *L'Amnésie au point de vue de la médecine judiciaire.* — Discours prononcé par M. MAXWELL, à l'audience solennelle de rentrée de la Cour d'appel de Bordeaux, le 16 octobre 1902. — Bordeaux, Gonnonilhon, 1902.

En la grande salle d'audience, par-devant la Cour assemblée et les Membres des tribunaux, juges de paix, avocats, avoués, notabilités civiles et militaires invitées, M. l'avocat général Maxwell, chargé du discours de rentrée, a pris pour texte de son étude les troubles de la mémoire dans leurs rapports avec la médecine judiciaire.

L'originalité d'un tel choix se justifie par la compétence toute spéciale de celui qui traitait ce sujet, magistrat très expert doublé d'un médecin très érudit. Une revue rapide de différentes formes cliniques d'amnésies et de leurs causes les plus fréquentes, a permis à l'auteur de préciser devant un auditoire juridique, trop souvent insoucieux de ces questions médicales, les rapports de ces maladies de la mémoire avec les troubles de la conscience et de la personnalité, en les appuyant sur quelques observations médico-juridiques très intéressantes et typiques. Ainsi a-t-il pu montrer l'importance qu'il y avait à connaître et étudier tous ces faits pour la diminution de la capacité civile ou de la responsabilité pénale qu'entraînent souvent ces différentes formes d'amnésie.

On ne saurait trop féliciter M. Maxwell, et comme juriste, et comme médecin, d'avoir montré personnellement combien cette alliance des études médicales et de droit risquerait d'être originale et féconde. P. R.

VARIA.

Les aliénés en liberté.

Depuis quelques mois Mme Dhenin, née Chéron, âgée de quarante-cinq ans, marchande de vins à Frépillon (Seine-et-Oise) manifestait des idées de suicide, malgré la surveillance dont elle était l'objet, son mari l'a trouvée pendue dans sa grange. Tous les soins qui lui ont été prodigués n'ont pu la rappeler à la vie. (*Journ. de Seine-et-Oise*, 20 juin.)

Une petite « vagabonde ». — La jeune Françoise Ecker, âgée de quinze ans et demi, se refuse énergiquement à travailler. Elle déserte le domicile paternel, vagabonde et se prostitue. Ces jours derniers, elle était arrêtée rue Quincampoix, sous l'inculpation de vagabondage, au moment où elle sortait d'un hôtel meublé. Mlle Ecker, une grande fillette misérablement vêtue, à l'air triste, a comparu devant la huitième chambre.

Le président. — Vos parents déclarent qu'ils ne peuvent rien faire de vous. Vous refusez de travaillez, vous vagabondez, vous vous prostituez. Vous avez déjà été arrêtée pour prostitution... Votre mère a dit en parlant de vous : « Si ma fille m'est rendue, je l'empoisonne ». Ce n'est certainement que sous le coup de l'exaspération que lui causait votre conduite qu'elle s'est exprimée ainsi...

Pour toute réponse, la prévenue pleure abondamment. M. Ecker, le père de la jeune fille :

— Je suis le père de la prévenue. Je viens vous demander de la mettre dans une maison de correction. Chez nous, on n'en peut rien faire. Elle ne veut pas travailler et se sauve lorsqu'elle le peut. Je ne sais pas alors ce qu'elle fait.

Le président, à la prévenue. — Vos parents désespèrent de vous... Voyons, qu'avez-vous à dire pour votre défense ?

La prévenue, pleurant. — Je veux retourner chez nous...

Le président. — Vous pleurez parce que vous avez en perspective la maison de correction. Votre repentir ne nous paraît pas bien sincère.

Mlle Françoise Ecker a été acquittée comme ayant agi sans discernement, mais renvoyée dans une maison de correction jusqu'à l'accomplissement de sa vingtième année. (*Le Matin* du 11 juillet.)

Les cas de ce genre ne sont malheureusement pas rares. L'histoire héréditaire et personnelle de cette fillette serait

intéressante à connaître. Il est probable que c'est une malade — nous en avons de semblables dans notre service — et que ce n'est pas dans une maison de correction où il est à craindre qu'elle ne s'améliore pas, mais dans une asile-école où elle serait traitée et éduquée. B.

Muette depuis vingt-huit ans. — On mène grand bruit depuis deux jours autour d'une prétendue guérison miraculeuse qui se serait produite au hameau du Meudy, situé près de Brest. Là habite une vieille fille, nommée Marie Raguènes, qui, après avoir éprouvé une grande frayeur, il y a vingt-huit ans, avait subitement perdu l'usage de la parole. Et depuis, malgré les consultations des docteurs, malgré les remèdes de bonnes femmes, les recours aux sortilèges les plus bizarres et aux incantations de toutes sortes, la pauvre Marie Raguènes n'avait plus dit un mot. Elle continua cependant à remplir son devoir de fille de ferme avec plus de conscience peut-être puisqu'elle ne pouvait plus perdre son temps en de futiles conversations. Partout, habitués à son silence, les braves gens qui la rencontraient la désignaient sous le nom de « la Muette ».

Or, ces jours derniers, au grand ahurissement des travailleurs réunis à la ferme à l'heure du repas, elle articula nettement : « Je puis parler, donnez-moi du pain ». La nouvelle se répand bien vite au village et dans les environs ; de toutes parts on crie au miracle. Et Marie Raguènes paraît bien décidée à donner un air de vérité à cette légende brusquement éclose. « C'est dit-elle, un envoyé de Dieu qui est venu me trouver et qui m'a dit : Au nom de Dieu, je t'annonce que tel jour, à telle heure, tu retrouveras la parole ; et en effet, au moment fixé j'ai pu reparler comme je ne l'avais fait depuis près de trente ans. » Les curieux viennent en foule à Meudy et Marie Raguènes, qui a beaucoup de bavardages à rattraper, raconte complaisamment à chacun sa petite histoire. (*Petit Parisien*, du 21 juillet 1903).

FAITS DIVERS.

Distinctions honorifiques. — M. le Dr A. Marie, medecin en chef de l'asile de Villejuif et M. Morin-Goustiaux, architecte du Vo asile de la Seine (Maison-Blanche, viennent d'être nommés chevaliers de la Légion d'honneur. A tous deux nous adressons nos bien vives félicitations.

ASILES DE LA SEINE. — M. le Dr VALLON, inspecteur-adjoint, a été nommé médecin inspecteur des asiles privés, en remplacement de M. le Dr Laborde, décédé. Il a été remplacé, comme médecin inspecteur adjoint par M. Dr DUFOUR. — M. le Dr LWOFF (Salomon), médecin en chef de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier), dépendant de la Seine, a été promu à la 2e classe de son grade (Arrêté du 2 juillet).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Percy SMITH. — *Braissia Journal of Neurology*. In-8° de 300 pages, Macillars, New-Vork, 1902.

Nyt Tidsskrift for abnormvaesenet omfattende aandssvage, Blinde-og Vanfore-Sagen. In-8° de 40 pages, 1902.

Saint Barthotomew's Hospital reports, T. XXXVIII, in-8° de 300 pages. Smith, Eleder et Ce, London, 1903.

STADELMANN. — *Einiges ueber die epilepsie*.

STADELMAN. — *Ein Fall von aphasie und agraphie*. Extrait du *Centralblatt fur nervenheilkunde und psychiatrie*. Coblenz.

STADELMANN. — *Aphasie und agraphie nach epileptischen anfällen*. Extrait du *Psychiatrisch Neurologischen Wochenschrift*.

STUMPF. — *Der Entwicklungsgedanke in der gegenwartigen Philosophie*. In-12 de 72 pages. Barth., Leipzig.

TIMOLÉON TRIANTAPHYLLIDÈS. — *Du paludisme larvé*. — *De la neurasthénie paludéenne*. — *Des vertiges paludéens*. Extrait de la *Grèce médicale*.

VIANNAY (Ch.). — *Les paralysies des nerfs périphériques et la systématisation de ces nerfs*. In-8° de 192 pages avec 12 figures et 2 planches. J.-B. Baillière, édit.

VASCHIDE (N) et VURPAS (Cl.). — *La logique morbide*, t. I. *L'analyse mentale*, in-16 de 268 pages. Société d'éditions scientifiques et littéraires, 4, rue Antoine-Dubois, Prix : 4 francs.

WILHELM RESPINGER. — *Aufsteigende degeneration im ruckenmark nach destruction der v. cervicalwurzel*. Extrait du *Jahresbericht der Allgemein poliklunk*.

Treogfyrrétyvende Bereting om Aandssnageanstalten paa Gl. Bakke, hus og Ebberdgaard ved Klenhavn. Klenhawn, 1902.

ZIEHEN. — Psychiatrie für arzte und studirende bearbeitet. In-8° de 750 pages avec 25 figures. Prix : 20 francs. Leipzig 1902. Hirzel édit.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. HÉRISSEY, imp. — 7-1903.

Vol. XVI. Septembre 1903. N° 93.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

Obsession et délire [1];

PAR LE Dr E. MARANDON DE MONTYEL
Médecin en chef de Ville-Evrard.

Un point bien intéressant à élucider dans l'étude de l'obsession est de savoir si, comme l'enseigne M. Magnan, celle-ci n'évolue pas, ne se transforme pas, n'aboutit jamais au délire proprement dit. A plusieurs reprises et tout dernièrement encore M. Séglas a rapporté des faits établissant que les obsessions pouvaient déterminer à leur suite l'apparition d'un véritable délire. Cette opinion du si distingué clinicien de Bicêtre, très répandue à l'étranger, compte encore parmi nous peu de partisans. Leur nombre augmentera car elle est absolument exacte.

M. Séglas distingue avec raison deux ordres de faits très différents. Un même malade est parfois en même temps un obsédé et un délirant, mais par simple coïncidence. L'obsession et le délire, dans ce cas, ne sont pas directement reliés l'un à l'autre. Ils n'ont d'autre rapport que le terrain commun, de prédisposition, sur lequel ils se sont développés et évoluent chacun pour son compte. En effet, on ne voit pas pourquoi une idée obsédante mettrait obstacle à l'éclosion d'une manie ou d'une lypémanie. Le fait suivant prouve la possibilité de cette coïncidence.

OBSERVATION I. — La malade est une jeune fille, quatrième enfant d'une famille indemne de toute névropathie et que j'ai su longtemps après être héréditaire vésanique par des confidences

[1] Voir dans le t. XV, p. 33 : Séglas, *Note sur l'évolution des obsessions et leur passage au délire.*

tardives de son oncle paternel sur son véritable père. Elle eut un développement normal et ne présenta rien de particulier jusqu'à la puberté. Elle ne fit aucune maladie infectieuse et son intelligence était plutôt brillante.

A quatorze ans, au moment de sa formation, une transformation complète se produisit. Elle commença par souffrir de maux de tête et d'insomnie, puis elle eut de la torpeur intellectuelle; très laborieuse jusqu'alors elle perdit tout goût au travail; enfin, apparut une anxiété diffuse, une crainte de tout : des armes à feu qu'elle ne pouvait voir manier en sa présence sans être prise d'angoisse avec palpitations de cœur et anxiété respiratoire; des chiens qu'elle fuyait toute tremblante convaincue qu'ils étaient enragés; des escaliers qu'elle n'osait descendre, certaine que le pied lui manquerait et qu'elle se briserait le crâne; du poisson qu'elle n'osait plus manger car pour sûr elle avalerait les arêtes, etc., etc.

Très intelligente, elle avait la conscience très claire de son état morbide et de l'absurdité de ses phobies, mais si elle essayait de les surmonter en prenant entre les mains une arme à feu, en caressant un chien, en descendant l'escalier sans s'appuyer à la rampe, immédiatement éclatait une crise aiguë d'angoisse avec suffocation et tremblements généralisés.

A dix-sept ans, elle eut une grippe qui la tint au lit quelques jours mais qui n'offrit aucune complication et fut très bénigne. L'anxiété se fixa en grande partie à partir de ce moment, cette jeune fille n'eut plus que l'idée obsédante, toujours consciente, d'une mort imminente avec crises paroxystiques presque journalières à l'occasion de faits insignifiants comme une quinte de toux, un éternuement, une colique venteuse, etc., etc.

L'hydrothérapie, les exercices physiques, les antispasmodiques les plus variés n'ayant donné aucun résultat la famille se figura que le mariage remédierait à la situation. Très jolie et très riche, elle ne manquait pas de prétendants malgré son etat mental qu'elle parvenait encore, il est vrai, à assez bien dissimuler en société, et elle en choisit un à son goût. Or, le matin du jour fixé pour la noce éclata une crise de manie aiguë qui prit rapidement de telles proportions que, dans la journée même, il fallut la conduire au pensionnat de l'asile dont j'étais le médecin.

Je constatai chez elle tous les signes classiques d'une manie aiguë non hallucinatoire avec prédominance d'idées et d'actes érotiques. Cependant jamais cette jeune fille n'avait eu le moindre érotisme et elle s'était toujours montrée sous ce rapport d'une réserve absolue. N'empêche qu'elle levait ses jupes, provoquait les hommes et tenait les propos les plus obsédants et les plus orduriers. Je lui donnai des soins durant quatre ans et je n'obtins aucun résultat satisfaisant. La maladie suivit une marche rémittente, durant les paroxysmes violents la malade ne présentait que les symptômes

de la manie aiguë avec érotisme ; durant les rémittences, bien qu'elle restât toujours assez incohérente et demi-agitée, le caractère antérieur apparaissait par moments. C'est ainsi que la malade craignait alors de descendre l'escalier et s'angoissait si on l'y contraignait, qu'elle restait parfois immobile disant qu'elle allait mourir. J'ai su par son oncle, quinze ans après, qu'elle était toujours aliénée.

Cette complication de l'état obsédant par une crise de manie ou de lypémanie sans être d'une excessive fréquence est moins rare que la transformation directe de l'obsession en délire qui est, elle, tout à fait exceptionnelle. M. Magnan a donc raison dans l'immense majorité des cas, mais M. Séglas ne se trompe pas quand il affirme que la loi formulée par cet aliéniste comporte quelques exceptions et qu'il y a quelques cas curieux dans lesquels le délire se manifeste comme une émanation directe, une transformation progressive de l'obsession, dont il est parfois possible de saisir sur le fait et d'analyser les phases. J'ai eu l'occasion d'observer le suivant :

Observation II. — Avocat de trente-quatre ans, marié, héréditaire vésanique par la ligne paternelle ; le père aliéné est mort dans un asile, une sœur est hystérique ; une cousine germaine est épileptique. Développement normal. Comme maladies infectieuses : rougeole et oreillons. Intelligence très développée. Un peu d'onanisme au collège ; comme anomalie génitale, une impuissance morale mais vite surmontée ; depuis vie sexuelle très régulière. Au point de vue émotif, de tout temps la crainte continuelle d'être nuisible et de faire du tort sans le vouloir ; interrogations incessantes sur tous actes pour savoir s'ils ne peuvent pas porter préjudice à autrui.

Marié à vingt-cinq ans, le malade a eu deux ans après un fils et n'en a plus eu d'autre. Il n'avait jamais compris qu'on levât la main sur les enfants pour les corriger, aussi était-il bien résolu à user d'autres procédés pour élever son garçon. Celui-ci très nerveux devenait de plus en plus indiscipliné et désobéissant en grandissant ; à six ans il ne se gênait guère pour envoyer promener toute la famille. Le père fut désolé d'avoir un tel enfant, puis surgit en lui l'obsession de le frapper pour l'amender, obsession qu'il jugea sévèrement et contre laquelle il lutta de toutes ses forces. Mais à chaque faute, même insignifiante, de l'enfant, celle-ci l'angoissait et le torturait. L'année suivante l'idée obsédante n'avait plus besoin des incartades du petit pour se montrer, et prit une intensité telle que le père, effrayé eut peur de succomber ; il songea à mettre son fils pensionnaire. Au dernier moment, il ne se

sentit pas la force de se séparer de lui, d'autant plus que sa femme à qui il s'était bien gardé de confier ses angoisses n'aurait rien compris à un tel projet, étant donné l'âge du petit.

La vie du pauvre homme devint un véritable martyre. Il adorait son fils pour lequel il eut tout sacrifié et était désolé d'être en proie à un pareil mal. Seul il ne pouvait s'empêcher de pleurer abondamment et il avait peine à se dominer et à retenir ses larmes en présence de sa femme quand, à l'occasion d'une peccadille de l'enfant, l'obsession l'angoissait et lui faisait battre violemment le cœur. Le petit était très taquin, la grande crainte du père était qu'à propos de ses taquineries une impulsion subite ne lui fît lever la main sur lui. Mais sa résolution bien prise était de se tuer si jamais il frappait même légèrement. Elevé dans un collège de prêtres, il avait été très dévot jusqu'à son baccalauréat. Depuis il avait complètement cessé toute pratique religieuse. Mais il se remit alors à prier Dieu et à lui demander plusieurs fois par jour la force de résister à l'impulsion dont il souffrait. Pour s'affermir il prenait souvent l'enfant dans ses bras et le couvrait de baisers et de caresses au point que sa femme s'en amusait cependant même alors, parfois à propos d'une taquinerie du petit, l'idée obsédante survenait et l'angoissait.

Désespéré il vint me communiquer ses tourments. Je le rassurai de mon mieux et lui conseillai l'hydrothérapie et les exercices physiques dont il tira quelque bien. Mais un grand malheur l'attendait. L'enfant venait d'avoir huit ans quand il contracta une grippe infectieuse avec une angine qui se compliqua d'une otite interne très douloureuse. Les cris de souffrance du pauvre petit achevèrent d'ebranler le cerveau de ce malheureux et bien qu'il ne l'eut jamais touché il se figura que, cédant à son obsession, il l'avait frappé sur l'oreille et que c'était les coups qu'il avait donnés qui avaient déterminé la localisation du mal. Cette conception délirante qu'il apprécia d'abord sainement et dont il fit part à sa femme qui s'empressa de lui dire que la douleur lui troublait les idées, car jamais il n'avait porté la main sur son fils, cette conception délirante s'imposa à son esprit comme vraie quand le mal empirant une opération fut jugée nécessaire. Celle-ci ne réussit pas et l'enfant succomba à des accidents cérébraux. Le pauvre père devint alors complètement aliéné. Il s'accusa d'avoir occasionné la mort de son fils par les coups qu'il lui avait portés sur la tête, se déclara un misérable indigne de vivre et eut des idées de suicide. Puis survinrent des hallucinations de l'ouïe en rapport avec le délire. Le malade entendit des voix du ciel qui lui reprochaient son infâme conduite et le déclaraient digne de mort. Il fallut une surveillance de tous les instants pour l'empêcher de se tuer.

Sur mes conseils, sa femme le plaça au pensionnat de l'asile que je dirigeais et j'eus le plaisir de le voir guérir au bout de sept mois

de traitement. Cette guérison s'est-elle maintenue? Le malade quand il quitta l'établissement n'avait plus d'hallucinations de l'ouïe et était conscient de la crise délirante qu'il avait traversée. Il se rendait très bien compte qu'il n'était pour rien dans la mort de son enfant, qu'il n'avait jamais touché, néanmoins il était toujours plongé dans une profonde tristesse. Je n'ai plus eu de ses nouvelles.

Ces deux observations, les seules que j'ai eu occasion de rencontrer, prouvent, me semble-t-il, que M. Séglas est dans le vrai et que si la transformation de l'obsession en délire et sa complication par une crise de manie ou de lypémanie sont rares, elles se constatent encore quelquefois.

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE MOSCOU

Contribution à l'étude des manifestations individuelles des peurs obsédantes dans la constitution idéo-obsessive [1];

Par le Dr SERGE SOUKHANOFF,
Privat-docent de l'Université de Moscou.

Dans la constitution idéo-obsessive chez un seul et même individu on peut observer toujours un complexus très varié de processus psychiques obsédants; les idées obsédantes et les phobies ne sont jamais isolées; il est vrai que quelques-unes d'elles peuvent être exprimées d'une façon plus prononcée que les autres; tantôt c'est l'agoraphobie qui est le symptôme prédominant, tantôt le délire du toucher, tantôt les raisonnements obsédants, etc.; mais en questionnant les malades de ce genre on parvient toujours à constater de pair avec l'un ou l'autre de ces symptômes la coëxistence de toute une série de processus psychiques obsédants les plus variés avec lesquels le malade s'arrange et même quelquefois s'habitue à tel point qu'ils n'influent pas d'une manière visible sur sa conduite. La manifestation externe des processus

[1] Serge Soukhanoff et Pierre Gannouchkine. *Etude sur les obsessions morbides.* (*Revue de Psychiatrie*, 1903, n° 1, janvier).

psychiques obsédants est étudiée à un degré suffisant et beaucoup d'entre eux portent des dénominations déterminées. Dans le travail actuel nous voudrions attirer l'attention sur certains symptômes particuliers, observés parfois dans la *constitution idéo-obsessive*.

Avant tout, nous avons en vue de nous arrêter sur les *idées obsédantes de jalousie pathologique*. Comme on le sait, la jalousie pathologique peut être l'un des symptômes des états psychopatiques les plus variés; bien souvent on observe la jalousie chez les hommes dans l'alcoolisme chronique; chez les femmes la jalousie pathologique n'est pas rare comme l'une des manifestations de la dégénérescence hystérique. Concernant les psychoses proprement dites, la jalousie pathologique se rencontre quelquefois dans les états mélancoliques séniles chez les femmes et chez les hommes comme symptômo-complexus de la paranoïa dégénérative chronique. Les idées obsédantes de jalousie sont assez rares, à ce qu'il paraît; pour indiquer d'une manière plus démonstrative, en quoi elles s'expriment justement et dans quelle forme, je me permets de citer ici un des cas de ce genre.

Il s'agit d'une malade d'âge moyen, provenant d'une famille dégénérative. La malade était considérée comme une personne nerveuse et impressionnable; d'après ses paroles, elle se souvient de sa plus tendre enfance. La malade possède un *caractère scrupulo-inquiet*, sur le terrain duquel surgissait chez elle différentes peurs obsédantes; parfois et surtout en liaison avec le processus puerpéral on observait chez elle des accès de la psychose mélancolique, quelquefois exprimée d'une façon très prononcée. Il y a quelques années apparurent chez la malade des idées de jalousie envers son mari, ne correspondant pas à la réalité; dès lors ces idées quittaient rarement la malade, lui causant beaucoup d'inquiétude et de tourment. Avec le temps les idées de jalousie revêtirent un caractère particulier. Lorsque la malade est calme, c'est-à-dire lorsque les idées et la crainte de la trahison du côté de son mari ne l'inquiètent pas, elle se rapporte d'une manière très raisonnable à sa jalousie; elle comprend bien qu'elle a tort, que son mari ne peut pas lui être infidèle, que ses craintes jalouses n'ont absolument aucun motif; elle cherche un secours pour se délivrer de ses inquiétudes obsédantes, avouant bien, que ses idées jalouses causent beaucoup de désagréments à son mari, etc. Mais voilà que de nouveau surgit la crainte de l'infidélité conjugale, la malade commence à s'agiter, à se tourmenter à propos de cette idée obsédante; pour se calmer elle a besoin que son mari lui jure

qu'il lui est fidèle, et que ses serments soient prononcés d'une façon déterminée; lorsque les idées jalouses apparaissent la malade s'inquiète à propos de chaque papier qu'elle voit; alors elle ressent un désir d'examiner minutieusement chaque petit morceau de papier qui lui paraît suspect, sur lequel il y a quelque chose d'écrit; pour se tranquiliser elle a même soin de coller ensemble les morceaux d'un papier déchiré; elle adresse des questions concernant sa jalousie aux personnes qui l'entourent, aux serviteurs, même aux personnes qu'elle ne connaît pas; lorsque la malade reçoit, d'après son opinion, des preuves suffisantes de la fidélité conjugale, alors pour quelque temps elle se tranquillise, mais cet état de tranquillité ne dure pas longtemps; les idées de jalousie réapparaissent, la malade de nouveau commence à vérifier ses soupçons, questionne son mari, etc. D'autres fois la malade s'inquiète à propos de cela qu'elle se souvient qu'il y a quelques années elle a jeté un papier sans l'avoir suffisamment examiné; voilà qu'elle commence à se ressouvenir, comment cela s'est passé, elle commence à s'agiter, pensant que, peut-être, c'était justement un papier qui avait rapport aux scrupules jaloux qui la tourmentent. Les idées de jalousie chez la malade sont accompagnées d'une anxiété mentale très accentuée et d'un état d'angoisse, qui atteint parfois un degré très grand et d'un sentiment très pénible.

Comme je l'ai déjà dit plus haut, le malade, se délivrant pour un certain temps de ses craintes jalouses, comprend parfaitement, l'absurdité et la bizarrerie de son inquiétude jalouse et devient tout à fait raisonnable alors. Ce seul fait déjà exclut l'existence ici du délire de jalousie, comme l'une des formes de la paranoïa raisonnante; la malade en question n'a même pas de délire de jalousie proprement dite; elle n'a pas non plus dans son caractère d'élément raisonnant. On ne peut pas admettre non plus dans ce cas de jalousie hystérique, qui s'exprime dans une toute autre forme; cette malade n'a point de symptômes de dégénérescence hystérique. Elle possède un caractère scrupulo-inquiet, apparaissant, d'après notre avis, comme une forme peu accentuée de *la constitution idéo-obsessive,* La tendance aux peurs obsédantes a été observée chez cette malade en général; par exemple, par moment elle se tourmentait et s'inquiétait au sujet de cela qu'elle pensait qu'on lui avait changé son enfant pour un autre. A propos de ses peurs, liées à la représentation de l'infidélité de son mari, il faut dire qu'elles portent un caractère, commun aux peurs obsédantes ou aux phobies; dans l'esprit de la malade surgit une peur que son

mari peut lui être infidèle; en ramassant les morceaux de papier, en les collant et en les examinant, d'après mon avis, le malade ne cherche pas dans cela la preuve de la trahison de son mari, mais elle cherche à tranquiliser par cela ses doutes et ses peurs obsédantes. Comme chez bien des malades, souffrant des obsessions morbides, chez notre malade aussi existent des idées hypochondriaques, s'exprimant en forme d'une peur d'avoir une maladie psychique avec perte de conscience.

Dans le cas donné, d'un côté saute aux yeux la conduite absurde de la malade sous l'influence de la peur obsédante de l'infidélité conjugale et d'autre côté son rapport raisonnable et sa compréhension de la maladie, lorsqu'elle est libre de ses phobies. Nous avons pu aussi constater chez cette malade un caractère scrupulo-inquiet, une personnalité morale très bien conservée et les remords au sujet des désagréments qu'elle cause à son entourage, c'est-à-dire nous avons ici tous les éléments qui entrent dans la composition de *la constitution idéo-obsessive* en qualité de symptômes accessoires. Pourtant, vu cela que les peurs obsédantes dans la forme indiquée ne sont pas tout à fait ordinaires pour la constitution idéo-obsessive, on ne peut pas réfuter l'idée que, peut-être, dans de pareils cas existe une combinaison des états psychopathiques; la malade, dont il s'agit, provient, comme cela a déjà été noté plus haut, d'une famille dégénérative, elle est la fille d'un père qui souffrait d'une jalousie pathologique; le penchant à la jalousie pathologique apparaît, donc, chez la malade comme anomalie psychique héréditaire, et comme l'organisation psychique dans le cas donné s'exprime en forme de constitution idéo-obsessive, les peurs obsédantes ont revêtu cette manifestation particulière externe.

La seconde forme de peurs obsédantes, sur laquelle nous voudrions nous arêter encore dans ce travail, concerne *la peur pathologique du refroidissement*. Dans certains cas de *constitution idéo-obsessive* la peur du refroidissement peut revêtir un caractère pathologique très marqué, concernant la manifestation externe de cette phobie; avant tout il faut remarquer qu'elle est très étroitement liée avec l'opinion exagérée de la signification et du rôle du refroidissement dans l'origine des maladies de l'organisme humain. Parfois la peur du refroidissement dans la constitution idéo-obses-

sive est liée avec la crainte pour sa propre santé, mais plus souvent cette peur concerne la santé de quelqu'un de l'entourage; par exemple, la mère, possédant un caractère scrupulo-inquiet et sujette à des phobies, craint d'une manière outrée le refroidissement pour ses enfants; elle les garde à la maison, tâchant de ne pas les rendre accessibles à l'air frais, ne les laisse pas se promener en hiver, les accoutre, ayant soin que l'air frais ne pénètre pas dans leurs voies respiratoires, n'ouvre pas les fenêtres, même en été, ayant peur du courant d'air, etc. Une telle peur outrée du refroidissement, pour autant que nous l'avons remarqué, s'observe chez des personnes, où on peut parler d'une *constitution idéo-obsessive*; par conséquent, dans ces cas la peur obsédante du refroidissement apparait l'une des particularités symptomatiques de l'organisation neuro-psychique.

Au nombre des particularités individuelles de la manifestation externe des phobies et des idées obsédantes, il faut rapporter aussi *la peur des montres*; dans le cas, où dans la constitution idéo-obsessive il nous est arrivé d'observer ce symptôme, la peur des montres s'est développée à la suite de méditations obsédantes sur les mouvements éternels des corps de l'univers dans l'espace infini; les représentations de ce genre ont provoqué une peur qui avec le temps s'associa à la représentation de la roue en mouvement et de l'aiguille de montre en mouvement, et à la fin se forma dans ce cas une phobie des montres; cette phobie était si marquée et si intense qu'on a été obligé d'arrêter toutes les montres de la maison et de ne pas s'en servir comme de coutume; l'examen du pouls de la malade avec une montre à la main était, sans doute, tout à fait impossible, puisque la seule vue de la montre éveillait chez la malade un sentiment d'une grande peur. Dans le cas donné existait encore une *peur de voir les objets modifiés en forme, lorsqu'ils se reflètent dans quelque chose de luisant et une peur obsédante de voir un linge ou une robe retournée à l'envers*.

Les exemples que nous venons de citer démontrent encore une fois, quelle variation peut être observée dans la manifestation externe des processus psychiques obsédants chez différents individus; les particularités individuelles dans la constitution idéo-obsessive se manifestent d'une façon très prononcée. En parlant de divers symptômes, se rencontrant

dans de semblables cas, il faut pourtant, pour éviter les malentendus, remarquer encore, que tous ces phénomènes, quelques intenses qu'ils soient, ne se rencontrent jamais isolément ; mais au contraire, ils existent toujours simultanément et de pair avec une masse d'autres processus psychiques obsédants et apparaissent seulement comme symptômes isolés de la constitution idéo-obsessive qu'on peut considérer comme une forme psychopathologique autonome.

CLINIQUE NERVEUSE.

Délire et petit brightisme [1] ;

PAR

A. VIGOUROUX, médecin en chef. à l'asile de Vaucluse. ET P. JUQUELIER, interne. des asiles de la Seine.

Obs. VI (résumée). — C..., Pierre, cinquante-sept ans, plombier. est entré daus le service le 27 avril 1901, revenant de la prison de Fresnes où il avait été placé à la suite d'une condamnation à un an de prison pour vol. Il présente au moment de son entrée un affaiblissement considérable des facultés intellectuelles, et paraît triste et anxieux. Ses antécédents héréditaires nous sont inconnus.

Dans ses antécédents personnels nous retrouvons : 1° une pleurésie ; 2° des habitudes alcooliques anciennes. Depuis quatre ans déjà, il avait quelques troubles cérébraux, du délire nocturne. Il avait de plus des envies fréquentes d'uriner, la sensation de doigt mort, des vomissements, des crampes dans les jambes.

A son entrée, on constate à l'examen somatique du myosis, de l'athérome artériel, de l'albuminurie : C..., a de l'incontinence d'urine, mais n'est pas gâteux,

L'état de démence, d'inconscience, avec perte absolue de la mémoire des faits récents, conservation relative de la mémoire des

[1] Voir nos 91 et 92 des *Archives de Neurologie*.

Par suite des besoins de la mise en page pour le placement des figures de l'article de M. Keraval, nous n'avons pu insérer la fin de ce travail dans le précédent numéro.

principaux événements de sa jeunesse, a persisté sans modification jusqu'à l'heure actuelle. Depuis son entrée, ce malade reste alité. Il est dans un état de torpeur presque complète, indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. Il reste immobile, les yeux fermés ne faisant pas un geste. Si on le tire de sa torpeur par une question, il semble s'éveiller et fait manifestement tous ses efforts pour répondre à la question. Il dit son âge, l'année de son incorporation mais est incapable de dire ce qu'il a mangé la veille. C'est à peine s'il reconnaît l'infirmier qui le soigne tous les jours. Il est d'ailleurs docile et facile à diriger. La seule modification intéressante à noter, c'est que sous l'influence du régime lacté, le malade devient plus euphorique, tandis que son albuminurie, diminue. Il redevient triste, inquiet quand on le laisse manger comme tout le monde, ce qui fait augmenter la quantité d'albumine.

L'*injection sous-cutanée de bleu de méthylène* révèle : 1° un retard considérable dans l'apparition de la substance colorante et 2° une lenteur très grande de l'élimination. L'*analyse des urines* de vingt-quatre heures a donné dans une période d'euphorie les résultats suivants :

Volume	1,250 gr.
Réaction	alcaline.
Coefficient d'oxydation	74.
Chlorure de sodium	2,18 au lieu de 11,12.
Urée	30 gr.
Albumine	traces.

Quel est le rôle chez cet homme, saturnin possible, de l'insuffisance de la fonction rénale dans la pathogénie de cet état démentiel. Il est difficile de le fixer. Il peut y avoir simple coïncidence ou relation de cause à effet. Toutefois, notons en dehors de l'état démentiel, l'influence que paraissent avoir l'augmentation de l'albuminurie et la diminution de l'excrétion urinaire sur les réactions émotionnelles.

Obs. VII. — B..., (Paul), vingt-neuf ans, élève architecte, est entré dans le service en septembre 1899, présentant des symptômes de mélancolie avec stupeur.

Sa mère est bien portante, son père est mort à cinquante-trois ans, à la suite d'un ictus accompagné d'hémiplégie. Il a un frère et une sœur bien portants. Il n'a pas fait de maladies graves dans l'enfance. Il était intelligent et affectueux. Il sortit à dix-sept ans le premier d'une école d'architecture (?) mais resta inoccupé jusqu'à son service militaire.

Dès qu'il fut au régiment, il se modifia du tout au tout. Il fut très indiscipliné, vint un jour à Paris, sans permission, et voulut frapper sa mère qui s'indignait de lui voir vis-à-vis de sa sœur une

attitude suspecte. Il passa par la suite au Conseil de guerre pour refus d'obéissance. Après cet incident, sa famille le perdit de vue, jusqu'à son entrée à l'asile. A cette époque il présente une attitude mélancolique, avec un certain degré de stupeur. Il refuse de voir sa mère. Il répond très péniblement aux questions qu'on lui pose : habituellement silencieux, il sort parfois de son mutisme pour prononcer à voix basse quelques paroles inintelligibles.

Au point de vue somatique on note que le facies est pâle que les jambes sont œdématiées, que les urines contiennent de l'albumine et qu'il existe au cœur un bruit de galop. Ces signes d'insuffisance urinaire, s'améliorent sous l'influence du régime lacté. Le malade devient moins triste, mais l'état démentiel ne subit aucune modification.

En avril 1901, albuminurie plus abondante, élimination retardée et prolongée du bleu de méthyléne, puis période d'amélioration après reprise du régime lacté intégral. Le malade fut plus docile jusqu'en octobre 1901.

En octobre 1901, une période d'excitation avec propos grossiers coïncida avec l'augmentation de l'albuminurie. — En juillet 1902, l'analyse des urines dénote qu'il n'existe presque plus d'albumine, mais des phosphates en grande abondance. Il y a une diminution considérable de l'excrétion de l'urée dont on ne retrouve que 12 gr. 50 en vingt-quatre heures.

Depuis, l'état est devenu stationnaire ; on note au point de vue mental un affaiblissement considérable des facultés intellectuelles du mutisme habituel, une grande docilité.

Le détail intéressant de cette observation est, qu'à diverses reprises, sur le fond de démence se soient greffés des symptômes additionnels de mélancolie ou d'excitation, qui ont coïncidé avec une augmentation des troubles rénaux.

Obs. VIII. — S... (Eugène), âgé de soixante-sept ans, est entré dans le service des hommes de l'asile de Vaucluse le 18 janvier 1902 avec les certificats suivants : « affaiblissement intellectuel, excès alcooliques anciens, tendances mélancoliques, idées de persécution et de suicide, préoccupations hypochondriaques ». Dr Legras. — « Affaiblissement intellectuel avec idées mélancoliques et de persécution, cauchemars, tentative de suicide. Etourdissements, faiblesse musculaire, habitudes alcooliques anciennes ». Dr Magnan.

C'est un homme normalement constitué de 1 mètre 67 de taille, pesant 67 kilogrammes et ne présentant pas de tares physiques congénitales notables. A son entrée, nous le trouvons les yeux bouffis, les pupilles contractées et légèrement inégales. La langue

saburrale et tremblante. Les réflexes patellaires sont un peu forts les réflexes plantaires en flexion, les réflexes crémastériens faibles.

Il n'y a pas de troubles objectifs de la sensibilité générale mais le malade se plaint de ressentir depuis sept ans, à la suite d'une « congestion » des douleurs fréquentes dans la tête et dans les membres inférieurs. La force musculaire est diminuée. La démarche est difficile, sans caractères précis, et présente une certaine instabilité.

L'appareil respiratoire est normal. Les artères sont dures et flexueuses, mais l'auscultation du cœur ne révèle pas de bruits anormaux. Le malade est habituellement constipé. De plus, il a de fréquentes douleurs au niveau de la région gastrique dans les premières heures qui suivent le repas. Une hernie inguinale droite de petit volume est parfaitement réductible. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine et leur examen clinique n'attire pas l'attention du côté de l'appareil excréteur.

Au point de vue mental, on note en premier lieu un certain degré d'affaiblissement intellectuel puis, avec quelques préoccupations hypochondriaques, des idées de persécution non localisées. « A l'asile de vieillards de Villers-Cotterets où il était avant les incidents qui l'ont amené à Sainte-Anne », de mauvaises gens, des soulards, lui en voulaient parce qu'il était trop tempérant. Ses ennemis le menaçaient de le faire partir, voulaient lui faire du mal, le priver de nourriture. Ils s'impatientaient de ne pas le voir mourir.

C'est pour se débarrasser d'eux en leur donnant satisfaction qu'il a absorbé une bouteille de « médicaments » mais, ajoute-til ça n'était pas sérieux. Si le malade a commis des excès alcooliques son récent séjour à Villers-Cotterets semble bien prouver que ces excès sont de date ancienne.

L'état du malade est sensiblement le même après un séjour d'une quinzaine à l'asile. A ce moment, les préoccupations hypochondriaques dominent les idées délirantes de persécution qui sont un peu effacées. Il en est ainsi pendant plusieurs mois. S...., incapable de s'occuper tant à cause de sa faiblesse musculaire qu'à cause de son état démentiel relatif, se plaint chaque matin de sa santé, mais a un appétit régulier et l'on ne constate pas chez lui de symptômes objectifs en rapport avec ses plaintes. Il est calme, facile à surveiller et ne trahit pas d'hallucinations.

A la fin du mois de juin, le malade est pris de vomissements qui se répètent pendant plusieurs jours. Il se plaint en même temps de céphalées tenaces. Alité, il ne peut se réchauffer dans son lit et demande, en plein été, qu'on lui donne un édredon. Les pupilles toujours inégales sont très contractées. Les paupières sont légèrement œdématiées. L'auscultation du cœur permet de constater un bruit de galop a dédoublement du premier temps. Le pouls est

tendu et vibrant. Le foie est gros, sensible à la palpation. Depuis plusieurs jours, S..., n'est pas allé à la selle, il urine souvent et peu à la fois.

Le régime lacté, les diurétiques, quelques purgatifs drastiques eurent une influence heureuse sur cet état. Toutefois, les symptômes ne rétrocédèrent que lentement, et le 14 juillet, une injection de 1 centimètre cube de la solution stérilisée de bleu de méthylène au vingtième indiqua un retard considérable dans l'apparition du bleu et une lenteur très grande de l'élimination.

L'examen complet des urines donne à cette époque les résultats suivants :

Quantité	2 000.
Densité	1 010.
Urée	35 (17 au litre).
Coefficient d'oxydation	79.

Cette analyse fut pratiquée il est vrai à une époque ou l'amélioration se dessinait déjà. Mais elle est à peu près négative. Seul le coefficient d'oxydation est un peu faible, et c'est grâce à l'injection de bleu de méthylène et aux signes physiques concomitants que l'on put faire le diagnostic de néphrite chronique. Au point de vue mental, l'hypochondrie s'est exagérée depuis que la petite urémie s'est manifestée d'une façon nette et persiste malgré l'amélioration physique. Bien que le pouls soit devenu meilleur, que le bruit de galop ait disparu, ainsi que la cryesthésie et les maux de tête, le malade prétend que son état de santé est tout à fait mauvais ; il dit qu'il va mourir. Il se plaint aussi du régime lacté.

Vers le mileu de septembre, le mieux s'accentue et le malade, moins hypochondriaque peut se lever, dans la journée. Il n'a plus de vomissements, respire mieux, urine moins souvent et plus à la fois, il va régulièrement à la selle et son régime alimentaire peut être un peu moins surveillé.

Au mois d'octobre, nouvelle analyse d'urine :

Quantité	2 375 cmc.
Densité	1 009.
Urée	22,44 (9,45 au litre).
Coefficient d'oxydation	85.

Ici, bien que l'état mental soit assez satisfaisant, on peut noter une légère diminution dans l'excrétion de l'urée.

Le 25 novembre, le malade est retombé dans un état d'hypochondrie très accusé. A ce moment, il pousse des gémissements continuels, refuse de s'alimenter, attend la mort. Le teint est jaune, terreux, les paupières bouffies, le pouls tendu et irrégulier.

S...., a des hallucinations à l'ouïe « Est-ce vrai qu'on va me tuer demande-t-il à la visite » et comme on cherche à le rassurer :

« Alors qu'est-ce que ces gens-là me disent donc. » C'est sans doute sous l'influence de ses hallucinations qu'il s'agite, sort de son lit, crie, se cache un instant après sous ses couvertures, a la physionomie très anxieuse, ne répond pas aux questions qu'on lui pose.

Une injection de bleu de méthylène faite dans les mêmes conditions que précédemment indique que l'élimination est très retardée et très lente, puisque les urines sont encore colorées à la soixante-douzième heure.

L'analyse des urines du 5 décembre donne :

Quantité	1 250 cmc.
Couleur	rouge foncé.
Urée	21,71.
Coefficiant d'oxydation	90.

Ici encore, en pleine période d'excitation, et d'hypochondrie, on note une diminution relative de l'excrétion urinaire puisque le malade est habituellement polyurique et une diminution légère de l'excrétion de l'urée.

A l'heure actuelle, le malade est plus calme, mais encore triste, préoccupé, et n'a prs repris son équiibre.

En résumé, chez un homme de soixante-sept ans, suspect d'alcoolisme, artério-scléreux et quelque peu dément, des idées délirantes de persécution et des préoccupations hypochondriaques intenses se sont manifestées de concert avec divers phénomènes de petite urémie. Sans jamais disparaître complètement, les troubles psychiques et les troubles de la fonction rénale ont des exacerbations et des diminutions parallèles.

Le séjour du malade dans un hospice de vieillards avant son entrée à l'asile nous permet de mettre en doute le rôle d'une intoxication alcoolique récente dans la genèse d'accidents délirants, plutôt en rapport avec l'auto-intoxication par insuffisance rénale cliniquement constatable[1].

[1] Les observations I, II et IV, brièvement résumées, ont servi de base à une communication faite par nous le 24 novembre 1902 à la Société médico-psychologique.

RECUEIL DE FAITS.

Un cas de maladie des tics; guérison;

PAR BOURNEVILLE ET POULARD[1]

L'affection nerveuse désignée par Charcot sous le nom de *maladie des tics* est, en général, considérée comme incurable. D'après beaucoup d'auteurs, les rémissions qu'elle présente ne seraient que passagères et incomplètes.

Une jeune fille, qui en est atteinte depuis dix ans, que nous suivons depuis 1890, vient d'en être complètement, sinon définitivement, débarrassée. C'est en raison de cette guérison, contraire à la plupart des opinions reçues, que nous avons cru devoir rapporter son histoire qui a naturellement sa place dans une discussion sur les *tics*.

SOMMAIRE. — *Père rhumatisant. Grand'mère paternelle, hémiplégie gauche. Arrière-grand-père paternel mort d'une congestion cérébrale. Arrière-grand'mère paternelle morte avec une hémiplégie. Grand-oncle paternel mort d'une attaque d'apoplexie.*

Mère : céphalalgies, sourde, caféisme, morte d'apoplexie cérébrale. Grand-père maternel alcoolique, mort à sa troisième attaque d'apoplexie. Grand'mère maternelle morte d'un cancer de l'utérus. Grand-oncle maternel bègue. Oncle maternel mort de tuberculose. Frère mort de méningite. Autre frère, convulsions de l'enfance, mort de tuberculose. Demi-sœur paternelle, morte d'une affection du cerveau. Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de onze ans (mère plus âgée).

Conception, rien de particulier. Grossesse, ennuis et idées noires; mouvements violents du fœtus à cinq mois. Rien d'anormal à l'accouchement et à la naissance. Première dent à sept mois; dentition complète à deux ans. Marche à onze mois. Propreté vers un an. Accidents nerveux mal déterminés et rachitisme des membres inférieurs

[1] Communication au *Congrès des aliénistes et neurologistes* de Grenoble (août 1902).

à seize mois. Début de la parole à deux ans ; prononciation défectueuse pendant quelque temps. Accès de colère. Rachitisme guéri. Prodromes et début des tics à sept ans ; leurs variétés ; coprolalie ; clastomanie ; impulsions violentes, influence du chant, de la gymnastique, du traitement moral. Exacerbations et rémissions incomplètes. Guérison.

Vig... (Georgette), née à Paris le 19 janvier 1888, est entrée à la Fondation Vallée le 21 mai 1900.

Antécédents héréditaires. — Père, trente-huit ans, voyageur de commerce à l'étranger, très sobre, rhumatisant, n'aurait pas eu la syphilis. Pas d'accidents nerveux. Il aurait été « débauché » à dix-sept ans par la mère de la malade, Mme veuve Lec..., alors âgée de plus de vingt-huit ans et qui avait un enfant de six ans. Ils se sont brouillés au bout de sept ans parce qu'il y avait des disputes entre lui et le fils, grandi, de sa maîtresse, et aussi parce qu'il la trouvait trop vieille. Il s'est marié depuis et a eu deux enfants légitimes : une est morte, à dix-sept mois, de diarrhée ; la seconde est bien portante ; ni l'une ni l'autre n'ont eu de convulsions. — [Son *père*, âgé de quatre-vingt-deux ans, sobre, est en bonne santé. Sa *mère* est morte à soixante-dix-huit ans, dix-huit mois après une attaque de paralysie (*hémiplégie gauche*). — *Grand-père paternel* décédé d'une *congestion cérébrale*, croit-on. — *Grand'mère paternelle*, morte à soixante-dix-neuf ans, en deux jours, avec une *hémiplégie*. — *Grand-père maternel* mort asthmatique à soixante-dix-sept ans. — *Grand'mère maternelle*, morte d'une pneumonie. — *Un oncle paternel* a succombé dans une *attaque d'apoplexie foudroyante*. — Ses autres oncles et tantes, ses quatre sœurs et leurs enfants n'ont pas eu de maladies nerveuses ou mentales. [Rien à noter dans le reste de famille.]

Mère, quarante-huit ans, ménagère, tempérament nerveux, caractère vif, sujette à des céphalalgies, ne paraissant pas de nature migraineuse, surdité datant de vingt ans, attribuée à l'émotion qu'elle a éprouvée à la mort de son mari, frappé de *congestion cérébrale* et emporté en deux jours. Elle a toujours bu énormément de café. Elle a succombé le 8 mai dernier à une *attaque d'apoplexie*. [Son *père, alcoolique*, est mort à soixante-dix-huit ans, à sa troisième attaque d'*apoplexie*. Sa *mère* est décédée à quarante-cinq ans d'un *cancer* de l'utérus. Ses grands-parents paternels et maternels sont morts âgés, de maladie inconnue. Un oncle maternel est *bègue*. Une sœur est morte à neuf ans de la fièvre typhoïde. Deux frères, l'un mort *tuberculeux*, l'autre boiteux par accident, mais ayant une bonne santé. Rien à signaler dans le reste de la famille : pas d'autres bègues, pas d'aliénés, etc.]

Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de plus de onze ans (mère plus âgée).

Trois enfants : 1° un garçon mort de *méningite*, sans convulsions, en trois jours, à l'âge de neuf mois ; 2° garçon mort à vingt-quatre ans, de *tuberculose pulmonaire;* 3° une fille, sujet de l'observation.

Antécédents personnels. — NOTRE MALADE. — *Conception* dans des conditions normales, mais nous rappelons que le père avait onze ans de moins que sa maîtresse. *Grossesse* sans aucune complication, sauf des ennuis et des idées noires en raison de sa situation irrégulière et parce qu'elle craignait des reproches de ses patrons, chez lesquels elle était depuis longtemps. Le fœtus a commencé à remuer à cinq mois, d'une manière exagérée, par comparaison avec les mouvements de ses deux premiers enfants. *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme, par la tête. *A la naissance*, l'enfant était petite, bien constituée, sans asphyxie, ni circulaire du cordon. Elle a crié « énormément » les dix premiers jours, ne dormait pas, il fallait lui donner le sein pour la calmer. Au bout de cinq à six mois, elle était calme et le sommeil était bon. Allaitement maternel, sevrage à deux ans. Première dent à sept mois, dentition complète à deux ans. Parole un peu tardive : à deux ans elle ne disait que « papa » et « maman ». La prononciation aurait été défectueuse pendant quelque temps. Marche à onze mois ; propreté à un an, mais elle avait été habituée au vase à partir de trois mois.

V... aurait eu, selon sa mère, des *convulsions* à seize mois. Ces prétendues convulsions paraissent se réduire à des accès de colère. L'enfant s'est raidie, a crié, sans perdre connaissance ; elle n'a eu ni contorsions des membres, ni convulsions des globes oculaires. On n'aurait observé qu'une crise de ce genre. Aucune trace de paralysie consécutive. L'intelligence ne fut pas atténuée. A cette époque, V... avait des *déformations rachitiques* très accusées aux membres inférieurs qui ont disparu vers sept ans. Caractère gai, violent, coléreux. Turbulence extrême. Pas d'onanisme.

La santé générale a toujours été satisfaisante, sauf des bronchites et des troubles respiratoires, probablement de nature nerveuse, consistant en étouffements, en quintes violentes, suivies d'épistaxis abondantes, sans hémoptysie. Ni céphalalgies, ni vertiges, ni troubles vaso-moteurs de la face, ni rêves, etc.

V... raisonne convenablement, et bien qu'elle ait dû quitter souvent l'école (le bruit qu'elle faisait en tapant du pied, en criant, gênait ou amusait les autres enfants) ou changer de maîtresses à cause de sa maladie, elle rattrapait très vite ses camarades. Elle aime à faire les ouvrages minutieux, entre autres la broderie. Comme maladies infectieuses, elle n'a eu que la rougeole à quatre ans. Aucune manifestation scrofuleuse. Pas de vers, ni de traumatisme, ni de sévices.

Comme signes avant-coureurs de la *maladie des tics*, nous avons

à relever un changement du caractère qui devint violent, et des mouvements désordonnés à la maison et dans la rue. Au début, à sept ans, alors que les accidents rachitiques commençaient à disparaître, l'enfant était agitée, ne tenait plus en place, trépignait et poussait des « ah! ah! » spasmodiques. Les premiers tics ont consisté en grimaces de la face, projection en tous sens de la langue hors de la bouche. Cette agitation et ces tics, bientôt compliqués de coprolalie, devenant de plus en plus accusés, les voisins se plaignirent et ses parents durent déménager deux fois.

L'agitation intermittente des différentes parties du corps et les cris auraient progressivement augmenté et varié dans leurs caractères. Voici comment la mère de l'enfant les décrit.

V... frappait des pieds à chaque instant, démolissait le buffet à coups de talon, prenait les chaises, les projetait au loin et les brisait. A table, elle cassait les assiettes à coups de fourchette. Cette agitation destructive se manifestait surtout lorsque, l'ayant laissée seule dans le logement, on y rentrait. Dans ces derniers temps, V... était devenue très méchante envers sa mère, qu'elle frappait. Mais aussitôt, s'apercevant qu'elle avait fait mal, elle demandait pardon, disant : « Je ne l'ai pas fait exprès. » Elle poussait des cris divers à chaque instant, proférait des grossièretés. Pendant deux ou trois mois elle a répété sans cesse : « Il est mort! il est mort! » Ayant un jour assisté à un incendie et entendu crier : « Au feu ! », elle n'a cessé, durant une semaine, de crier : « Au feu ! ». Ces expressions, grossières ou non, avaient cours pendant une période plus ou moins longue pour faire place à d'autres expressions. Elle faisait tant de bruit, le jour (jamais la nuit), en s'agitant, elle disait tant de grossièretés que les voisins, gênés autant par le bruit que par l'inconvenance des expressions, envoyèrent à la mère une délégation chargée d'exposer les griefs communs et la menacer d'une demande d'expulsion par le commissaire de police. Elle se décida, en conséquence, à faire entrer sa fille à l'Asile clinique, d'où elle fut dirigée sur la Fondation Vallée.

État actuel (juin). — La tête est normale dans sa forme et ses dimensions. Les cheveux, châtain foncé, sont régulièrement implantés, sans épi, avec un tourbillon unique, médian. Le visage est pâle, un peu amaigri. La physionomie semble exprimer de la mélancolie, de l'inquiétude et de la timidité. Les différentes parties de la face sont régulières (nez, bouche, oreilles, etc.), ainsi que les dents et le palais. Il existe sur la joue droite une cicatrice superficielle dont la présence est expliquée par un de ses tics qui consiste à projeter sa langue sur la joue et à essuyer ensuite de la main l'humidité laissée par la langue. Le tronc et les membres sont réguliers et n'offrent plus aucune des déformations rachitiques qu'elle a eues dans son enfance.

Les aisselles, le dos, le ventre sont glabres. Il y a seulement quelques poils rares et courts sur le pénil et les grandes lèvres; les petites lèvres, triangulaires, sont très courtes ; le clitoris est moyen ; l'orifice de l'hymen est circulaire, non frangé. Les seins sont à peine naissants. La malade n'est pas réglée.

La sensibilité générale et spéciale, les fonctions digestives, etc., s'exécutent bien. Les différents viscères sont normaux. Pas de mauvais instincts ni de phobies. Sentiments affectifs peu développés (?). D'après une tante paternelle, la mère de V..., très nerveuse, très bavarde, et sa fille « se disputaient comme deux gamines ». Sommeil calme, prolongé. Voix souvent rauque, voilée ; la parole est libre. L'intelligence est au-dessus de la moyenne. Il n'y a de retard, au point de vue de l'écolage, que par suite d'une fréquentation irrégulière de la classe.

Les membres supérieurs sont constamment agités, exécutant des mouvements de préhension, se portant au visage, etc. L'enfant se frotte énergiquement les paupières. Quelques secondes après, elle remue brusquement l'un ou l'autre bras, sans but défini. Si on lui fait tenir un objet des deux mains, on voit les doigts s'allonger démesurément, d'une manière convulsive. Souvent aussi les avant-bras font tout à coup un mouvement de pronation.

Les membres inférieurs, eux aussi, sont animés de mouvements brusques, violents. La malade frappe des pieds, surtout du droit, comme un cheval impatient qui piaffe. Au moment même où s'accomplit ce mouvement de la jambe, un des bras ou les deux sont portés dans une des différentes attitudes signalées plus haut. Les paupières clignent, les dents grincent, un mouvement respiratoire bruyant a lieu soudain. Tous ces mouvements sont incoordonnés, rapides, involontaires, se répétant sans rythme, à des intervalles variables. La course, le saut s'exécutent bien. Dans la marche, elle frappe des pieds, principalement du droit.

Traitement. — Sirop d'iodure de fer, capsules de bromure de camphre, hydrothérapie, gymnastique, école et ouvroir.

1901. — Même traitement, et, en outre, huile de foie de morue.

V... est très propre, sa tenue ne laisse rien à désirer ; elle est adroite pour la couture, très agile pour la gymnastique. Elle travaille assez bien en classe, mais comme elle exige un peu trop d'immobilité, elle s'impatiente facilement, tape sur les tables. Elle aime tout ce qui demande beaucoup d'exercice. Elle est heureuse qu'on s'occupe d'elle, fait tout ce qu'elle peut pour se rendre intéressante, paraît satisfaite quand on cause d'elle. Son caractère est plutôt doux, gai, affectueux.

1902. *Janvier.* — Persistance des mêmes tics et de la coprolalie. L'enfant fait des efforts pour se retenir ; elle y parvient parfois

pour la coprolalie, surtout quand elle est en présence de personnes qu'elle ne connait pas. Progrès notables pour les ouvrages manuels et à la gymnastique.

Voici la description aussi exacte que possible des tics de notre malade :

Le cuir chevelu glisse en arrière, le front se plisse transversalement et verticalement. Les paupières des deux côtés clignent, s'ouvrent, se ferment vigoureusement (ces tics ne sont légitimés par aucune affection des paupières ni des yeux) et en même temps les muscles du nez et des joues se contractent, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, mais plus à droite, et la bouche s'allonge transversalement ou s'ouvre démesurément ; la langue sort violemment de la cavité buccale, se mettant en tire-bouchon, se portant vers la droite, léchant la commissure labiale et la région avoisinante de la joue ou sur la lèvre supérieure, ou sur le menton ; aussitôt que la langue a passé sur la joue ou les lèvres, V..., d'un revers de main, essuie la salive (parfois la région mouillée s'ulcère), secoue la tête, soulève les épaules subitement et très fortement, en même temps que la tête s'incline vers l'une des épaules avec un mouvement de rotation, comme si elle voulait y essuyer sa joue. Souvent aussi, mais d'une façon moins brusque, elle porte la main à son oreille, exécutant le geste des femmes qui, d'un tour de main, remettent en place les boucles de cheveux tombant sur leurs oreilles. Même geste de la main vers les yeux qu'elle frotte vigoureusement. Les mouvements de la main n'ont pas eu, devant nous, la brusquerie des autres mouvements tiqueux. Elle fait entendre un bruit d'aspiration semblable à celui que font certains fumeurs en allumant leur pipe, elle aspire en claquant des lèvres. Elle renifle fortement, tousse très souvent, fait claquer sa langue contre le palais. Elle produit, en aspirant et en écartant brusquement ses lèvres, un bruit ressemblant à celui d'un baiser. Tous ces bruits et tous ces mouvements sont brusques, rapides, involontaires et ont bien tous les caractères des tics. Si on porte son attention sur les mains, on les voit brusquement et involontairement se mettre en pronation, en supination, s'ouvrir et se fermer. Avec ses pieds elle frappe le sol. Quelquefois, elle lance si fortement en avant son pied fléchi que le genou semble vouloir atteindre la tête qui s'abaisse en même temps.

On note également un mouvement de rotation de la tête, le menton se portant à droite ou à gauche par suite d'une violente contraction des sterno-cléido-mastoïdiens. Elle se giffle, elle se frappe le flanc avec le coude. elle tourne précipitamment les fesses de droite à gauche, elle sourit, siffle comme une locomotive, renifle comme un cheval, sautille comme une chèvre, elle pousse parfois des cris perçants, aigus ; d'autres fois elle grogne, mugit.

Elle présente, en outre, à un haut degré, la *coprolalie* : « Merde,

hou ! con ! ah ! vache ; aïe ! putain, hue ! cul, etc.. », sont des mots qu'elle profère très souvent. Ce langage grossier est en désaccord avec l'éducation convenable qu'elle a reçue et contraste avec son air doux et timide. Nous devons faire remarquer que la coprolalie. très accentuée en temps ordinaire, a toujours disparu en la présence de l'un ou de l'autre de nous.

V... offre également le phénomène de l'*écholalie*. Elle répète la fin de certains mots ou certaines syllabes de ces mots, mais elle fait une sorte de sélection; guidée par son besoin de coprolalie, elle choisit les syllabes qui sont grossières ou qui, un peu modifiées, rappellent une expression grossière : c'est plutôt une forme de coprolalie qu'une véritable écholalie.

Exemples : S'il s'agissait d'une observation faite à une enfant, elle la répétait tout en y ajoutant un de ses mots familiers. Disait-on à une petite de marcher sur le bitume, elle répétait : « Oui, marche sur le bitte, bitte au cul, bitume », et en même temps elle tournait ses fesses de droite et de gauche tout en avançant son corps en avant.

Un jour, en promenade, on commande aux enfants de ramasser des pissenlits le long de la route ; V... se mit aussitôt en devoir de faire ce qui était commandé. En ayant trouvé un très gros, elle le porte à la surveillante en disant : « Oh ! Mademoiselle Berthe, le beau pissenlit ! prenez ! merde, con, cul, vache ! » et ceci dit avec une volubilité extraordinaire, tout en tirant la langue et ouvrant démesurément la bouche.

A l'ouvroir, la maîtresse ordonne à une enfant de rabattre les coutures, aussitôt V... s'écrie : « Bitte rabattue ! couture rabattue ! » tout en rejetant l'ouvrage qu'elle tenait et en se donnant une claque au visage. On fait une observation à une compagne de ne pas se contrarier entre elles, Georgette reprend : « Oui, con, confessional, se contrarier » et elle secoue, en même temps, ses membres supérieurs. Ces expressions, ces mots, ont toujours été spontanés, impulsifs, sans la moindre recherche.

A la classe, les mots de ce genre surgissaient à chaque instant. Faisait-on une leçon sur le système métrique, les mesures cubiques, les nombres complexes, etc., elle répétait ces mots en y ajoutant ceux de son vocabulaire : « Mesures cubiques, bitte au cul, cubique, nombres complexes et incomplexes, con, cul, vache. con, complexes. » Elle prenait plaisir à répéter les phrases d'une dictée en les accompagnant toujours d'un mot grossier, ce qui était pour les élèves un vrai sujet de distraction ; on se rappelle entre autre ce mot : « Rubicon », qu'elle a répété avec une intonation peu ordinaire en appuyant sur chacun de ces mots : Rubicon, cul, con, con, cul, bitte !... En même temps elle a relevé ses jupons jusqu'à la hauteur de sa taille et elle s'est assise précipitamment, les fesses nues, sur son banc, tout en tirant la langue

et en haussant les épaules. Ces faits se reproduisaient journellement.

Ses tics ne se présentent pas toujours isolés : ils s'associent souvent, s'accompagnent de jeux de physionomie qui leur donnent une certaine expression. Quelquefois, en effet, notre malade frappe du pied, lâche ses mains qui étaient réunies devant elle, hausse les épaules. Cela ressemble à un geste d'impatience et la figure exprime le même sentiment. D'autres fois, elle hausse les épaules, tandis que les traits du visage prennent un aspect triste, un air d'ennui. C'est le soir que les tics sont à leur maximum. Ils disparaissent durant le sommeil.

Nous devons compléter cette description avec les notes recueillies par la surveillante et ses collaboratrices.

V... rejette la tête tout d'un coup en arrière. Elle mobilise son cuir chevelu. Brusquement, bien que pudique, elle relève jupes et chemise. En classe, elle bouscule souvent ses voisines, leur donne des coups de poing, de coudes, de pieds, et tout cela sans méchanceté, involontairement. Simultanément, exclamations grossières.

Mars. — L'enfant est plus agitée, plus excitée que jamais. Ses mouvements sont de plus en plus brusques et fréquents. A relever ceci : elle ouvre démesurément la bouche, tire la langue en tous sens ou bien contracte la bouche, fait des grimaces, etc. Elle saute, tape du pied avec ardeur, relève sas jupes, fait des contorsions en marchant, simultanément elle pousse des cris perçants, prononce des paroles grossières. Durant cette période d'exacerbation tout travail régulier est difficile : elle coud mal, envoie souvent à droite et à gauche l'ouvrage qu'elle tient entre ses mains. Elle écrit mal, fait des taches sur son cahier, ce qui l'impatiente; elle arrache les pages et pleure.

Bien des particularités seraient à relever dans les *antécédents héréditaires*. Nous nous bornerons à rappeler les nombreux cas de congestion et d'apoplexie du cerveau, le caféisme, l'alcoolisme, la tuberculose, enfin l'inégalité d'âge considérable des père et mère, celle-ci ayant près de douze ans de plus que celui-là.

Nous trouvons réunis chez V... un grand nombre de tics très divers, compliqués de coprolalie. Les mouvements étaient brusques, rapides, impulsifs, involontaires. Le lavage par la langue des joues et des lèvres, puis l'essuyage un peu brutal déterminaient de la rougeur, des excoriations, et même des ulcérations des régions humectées. Nul autre accident concomitant n'est à noter. Malgré ses tics, V... pouvait chanter, le couplet fini, ils se manifestaient. Les exercices

de gymnastique, les mouvements divers, par exemple, ne suspendaient pas les gesticulations et les grimaces. Il n'en est pas de même des exercices respiratoires avec les barres d'entraînement auxquels nous avons recours depuis longtemps à l'Institut médico-pédagogique et plus récemment à Bicêtre qui, en maintes circonstances, nous ont paru avoir une influence salutaire sur la disparition des tics.

Pendant les premières années, il n'y avait que des mouvements convulsifs, des gesticulations, des cris. La coprolalie aurait paru peu de temps après une visite à la consultation de la Salpêtrière. M. Gilles de la Tourette aurait demandé si Georgette prononçait des mots orduriers. Sur la réponse négative de la mère, il aurait dit : « Eh bien! elle en dira ». Nous citons le fait sans commentaires.

Les rémissions, incomplètes d'ailleurs, étaient rares. Cependant, en janvier 1901, les cris, les exclamations et les mots grossiers avaient relativement diminué. Les mouvements eux-mêmes étaient moins fréquents. Par contre, en mars 1902, il y a eu une véritable exacerbation.

Une fois par semaine, en mai, nous avons fait venir V... dans notre cabinet où elle restait à côté de nous pendant deux heures. Elle était soumise à une sorte de suggestion à l'état de veille. Les tics persistaient, atténués par ses efforts pour se retenir. Jamais, au cours de ces séances, elle n'a prononcé de mots grossiers. C'était là un indice favorable. Après ces séances, les tics et la coprolalie reparaissaient, mais sans exagération. Au commencement de juin, les tics se sont éloignés de plus en plus, les mouvements des membres et du corps ont disparu presque subitement et, huit jours plus tard, les tics de la face. Dans les dernières quarante-huit heures l'enfant avait subi une véritable transformation.

A la demande de sa tante, nous lui avons accordé un congé. Elle est allée chez des parents en Normandie et, il y a quelques jours, nous avons appris que la guérison se maintenait[1].

[1] A la fin de décembre 1902, il n'y avait pas de rechute.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

XIIIe CONGRÈS

DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Tenu à Bruxelles, du 1er au 8 août 1903

Ouverture du Congrès.

SÉANCE DU 1er AOUT

Le XIIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'est ouvert à Bruxelles, samedi 1er août, dans la salle des fêtes du Palais des Académies. Le ministre belge de l'Agriculture, M. le baron VAN DER BRUGGEN et le ministre de France en Belgique, M. GÉRARD, présidaient cette cérémonie solennelle, MM. DROUINEAU, secrétaire général de la section administrative, représentant le ministère français de l'Intérieur ; BECO, secrétaire général du ministère belge de l'Agriculture, le gouverneur de la province de Liège, M. PETIT DE THOZEE, avaient pris place aux côtés des présidents.

Outre de nombreux médecins belges, un grand nombre de savants français, suisses, espagnols, allemands, hollandais et russes étaient venus prendre part aux travaux du Congrès. La France était brillamment représentée par les professeurs Joffroy, Brissaud (de Paris); le professeur Pierret (de Lyon); le professeur Pitres (de Bordeaux); les Drs Gilbert Ballet, Bourneville, Vigouroux, Arnaud, Hallion, Chervin, Foveau de Courmelles, Berillon, Dupré, Klippel, Keraval, H. Meige (de Paris); A. Marie, Toulouse (de Villejuif); Vallon (de l'asile clinique); Cullerre, Giraud, Doutrebente, Viel, Anglade, Pichenot, Larrivé, Paris, Sizaret, Rayneau, Noguès, Dr Deschamps (de Rennes); M. Pelletier, chef du service des aliénés de la Seine ; etc.

Après une allocution d'ouverture prononcée par le ministre Van der Bruggen, qui a souhaité la bienvenue aux membres

étrangers du Congrès et prédit un grand succès et un grand retentissement à ses travaux, M. Gérard, ministre de France, a pris la parole, il a rappelé tout ce que la Neurologie devait aux savants français, tant par ses origines, que par les méthodes sûres qui ont permis son développement. Il a en outre applaudi à la bonne confraternité des médecins belges et français dont la collaboration marquera une date importante dans l'histoire de la psychiatrie et de la neurologie. M. le Dr Drouineau a remercié, en excellents termes, le Ministre de l'accueil fait au Congrès.

Le président médical du Congrès, M. le professeur Xavier Francotte, a remercié en quelques mots les deux ministres du grand intérêt qu'ils portaient aux travaux des congressistes; puis, selon l'usage, il a donné lecture d'une très intéressante étude psychologique *De la timidité et de ses particularités*, qui a clôturé la séance solennelle d'ouverture.

A une heure le Congrès a été reçu à l'Hôtel de Ville par l'un des échevins, M..., remplaçant le bourgmestre, absent. Après une allocution cordiale aux congressistes, à laquelle a répondu le président du Congrès, M. le professeur Francotte, il a conduit les assistants dans les splendides salles du merveilleux Hôtel de Ville de Bruxelles, leur donnant, chemin faisant, avec une grande amabilité, tous les renseignements nécessaires.

A deux heures, il a été procédé à l'installation du bureau; le Congrès confirme à M. Xavier Francotte, la présidence générale, puis, sous la présidence effective du professeur Brissaud, l'assemblée commence ses travaux par la discussion du rapport de M. Clauss, sur la *catatonie* et la *stupeur*.

Catatonie et stupeur. — Rapport présenté par le Dr A. Claus, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Mortsel (Anvers).

La question que le Bureau du Congrès de Grenoble a mise à l'ordre du jour est une des plus vastes et de plus compliquées de la pathologie mentale. En l'étudiant de plus près, en recherchant comment la « Catatonie » avait surgi, quelles étaient ses relations avec les autes formes morbides, quelle était la place qu'elle devait occuper dans nos classifications, quelles étaient sa valeur, son importance; si elle devait être considérée comme un symptôme, un syndrome ou une entité morbide, on s'aperçoit qu'au lieu de se rétrécir au fur et à mesure qu'elle progresse, l'étude s'élargit à cha-

que page. En pathologie mentale, plus que dans toute autre science les phénomènes marbides sont connexes, se lient les uns aux autres, et la catatonie, plus que toute autre manifestation, trouve sa répercussion dans tous les domaines de la psychiatrie. C'est dans ce sens que Schülze a dit avec raison : L'étude de la catatonie équivaut à une profession de foi psychiatrique ».

M. Claus ne pouvait évidemment donner à tous les problèmes que cette question soulève l'attention que chacun d'eux mérite : son rapport eût pris des proportions considérables et qui, par le fait même, aurait nui à la précision des débats. Mais il a fait une synthèse délicate des travaux aujourd'hui nombreux et souvent contradictoires d'ailleurs concernant cette si délicate question.

Dans un historique des mieux documentés, il a développé les tendances diverses auxquelles se rattachent les variantes doctrinales en cours dans les différents pays.

Depuis le travail de Westphall, en 187., il a régné en Allemagne une activité intellectuelle énorme. Si les luttes d'école ont paru à certains moments un peu spéculatives, il s'est fait un travail immense, qui a eu pour résultat de pousser à l'analyse, à l'obsrvation suivie des différentes affectations psychiques, et a amené ainsi la constitution de types morbides, tel celui de la DÉMENCE PRÉCOCE. dans laquelle se renferme actuellement la folie catatonique. L'honneur de cette bataille revient en grande partie à l'école d'Heidelberg, qui s'est largement inspirée des travaux de Kahlbaum et de Hecker, et dont le représentant le plus autorisé est le professeur Kraeplin. Est-ce cette école qui nous aura enfin donné la formule libératrice sous laquelle, comme le dit le Dr Sérieux, « nous pouvons classer nombre de sujets, longtemps considérés comme atteints de psychoses diverses, excitation maniaque, dépression mélancolique, stupeur, catatonie, délires polymorphes des dégénérés, affaiblissement psychique primitif ou secondaire, démence vésanique » et tant d'autres encore. C'est à l'examen de ce point que l'auteur consacre ses principaux chapitres.

Après un aperçu général historique, rappelant les travaux de l'Ecole française, M. Claus divise les écoles contemporaines en trois groupes. Dans un premier groupe, il range tous ceux qui considèrent la catatonie comme une entité morbide. Pour un deuxième groupe, la catatonie ne serait qu'un syndrome morbide commun à toute une série d'affections mentales et nerveuses. Enfin un troisième groupe d'auteurs y voient seulement une phase de l'affection démentielle particulière, dite démence précoce.

Sans prendre parti pour l'un ou pour l'autre de ces groupes, M. Claus fait un rapport qui est une revue très générale de la question, sans qu'on puisse lui reprocher un défaut de précision susceptible de nuire à la discussion.

Il a pensé qu'il était plus utile d'exposer la question dans son

ensemble, de montrer les diverses phases qu'elle a suivies, de donner aussi fidèlement que possible l'opinion de chacun.

Pour lui, l'Ecole d'Heidelberg, suivant en cela les traces de Falret, Kahlbaum, Magnan, a eu le mérite de nous détacher des diagnostics du moment. Il est intéressant de constater qu'un malade est excité, déprimé, stupide, confus, délirant, mais il est autrement intéressant de faire le diagnostic de cette excitation, de cette dépression, de cette stupeur, de cette confusion, de ce délire. Les méthodes nouvelles d'observation qui se multiplient, les enquêtes qui embrassent la vie entière des malade, l'étude de l'homme normal, nous font concevoir tous ces phénomènes sous une face nouvelle. Les symptômes se rattachent les uns aux autres, et les maladies qu'ils mettent en évidence sont conçues d'après la vraie méthode clinique. A ces points de vue, le syndrome catatonique, dont sera discutée la valeur, aura rendu de grands services à la psychiatrie. Il remue de fond en comble toutes les notions que nous avons acquises, et oblige à un travail immense d'observation et d'analyse. N'aurait-il eu que ce seul mérite, qu'il faudrait s'en féliciter.

Quoi qu'il en soit, la « démence précoce » existe. Entrevue par Morel, l'illustre aliéniste français, elle a acquis, grâce aux travaux remarquables de l'Ecole d'Heidelberg, son droit de cité dans la psychiatrie.

Le rapporteur en développe la symptomatologie, la physiologie et la pshychologie pathologique, après en avoir esquissé l'étiologie et la pathogénie générale.

« Après la lecture de ce rapport, on me reprochera, dit-il, sans doute, d'être un de ceux *sub aliena umbra latentes*, qui *se tapissent sous l'umbre estrangière*, comme traduit Montaigne ou que *j'ay faict icy un amas de fleurs estrangières n'y ayant fourni du mien que le filet à les lier....* Le rôle du rapporteur est peut-être moins de défendre un bien personnel que de définir la pensée des autres.

« Si de temps à autre, trop souvent peut-être, il devait m'arriver..., de m'écarter de cette voie, prudente dans l'espèce, ne jugez pas avec trop de sévérité, mais dicutez largement. Du choc des idées, la lumière jaillira et le Congrès de Bruxelles sera pour tous, comme ses devanciers, une école d'enseignement et d'estime réciproque. »

M. Ballet (de Paris). — L'évolution des idées qui s'est poursuivie en Allemagne depuis un certain nombre d'années, et qui a abouti à l'introduction, dans le groupe des maladies mentales, d'une nouvelle entité morbide, la démence précoce dont la catatonie de Kahlbaum constituerait la variété la plus importante, me semble avoir été acceptée un peu trop facilement, sans qu'on ait apporté dans l'examen de cette doctrine l'esprit critique qui, en

matière scientifique, ne doit jamais perdre ses droits. Avant de proclamer, en effet, l'autonomie de la démence précoce, il conviendrait d'en asseoir solidement les bases.

Et tout d'abord, quelle signification faut-il accorder au mot *précoce* accolé de démence? Doit-il s'entendre seulement de l'âge auquel cette démence fait son appariton, ou de la plus ou moins grande rapidité de son évolution? Il semble qu'on doive lui accorder cette double signification, puisque cette appellation, qui était considérée autrefois comme synonyme de celle de *folie de la puberté*, est devenue ensuite, par extension, synonyme de celle de *folie de l'adolescence*, et que maintenant on l'applique à des démences qui ne font leur apparition qu'à l'époque de la maturité de la vie (démence paranoïdes). Pour ces raisons, le terme de *démence vésanique hâtive* serait peut-être plus justifié que celui de démence précoce. Cette question de terminologie écarté, sommes-nous actuellement en présence d'un véritable type morbide, et sur quelles bases peut-on l'établir? Nous manquons encore à cet égard de données précises. En dehors de la symptomatologie de cette affection, qui a fait l'objet de nombreuses descriptions, nous ne connaissons en effet ni les lésions avec lesquelles elle est en rapport, ni les facteurs étiologique qui président à son développement Or, c'est précisément ce dernier point qu'il importait à mon avis d'élucider avant de proclamer l'autonomie de la démence précoce. Cette question a une importance capitale, car s'il était démontré que la démence précoce constitue réellement une affection individuelle, reconnaissant des causes propres, c'est une véritable révolution qui s'accomplirait en psychiatrie, et qui bouleverserait tous les cadres actuels de la médecine mentale en reléguant au dernier plan les facteurs étiologiques, tels que l'hérédité et la dégénérescence, qui jusqu'à ce jour y ont joué un rôle prépondérant. S'il était établi, au contraire, que la démence précoce ressortit à la dégénérescence mentale, qu'elle n'est qu'une des modalités déjà si nombreuses et si variées d'un trouble de l'évolution du système nerveux, la question changerait de face et nous ne serions plus en présence que d'un état dégénératif qui prendrait naturellement place au milieu du groupe des psychoses de même nom, groupe dont les frontières ont été, je le reconnais, beaucoup trop reculées, surtout en France.

Pour trancher cette question qui, selon moi, est capitale et qui domine la discussion actuelle, il serait nécessaire de faire appel non pas aux statistiques globales, comme celle de M. Krapelin, dans lesquelles on se borne à énoncer le pourcentage des cas où les malades présentaient des antécédents héréditaires ou des stigmates de dégénérescence et ceux où ces facteurs étiologiques faisaient défaut, ceux où il s'agissait de sujets normaux, bien doués intellectuellement avant l'apparition des troubles mentaux, ou au

contraire de sujets originaux, excentriques ou considérés comme faibles d'esprit dès leur enfance. Cette méthode est impuissante à fournir la solution du problème. Ce à quoi il faut s'attacher, c'est à réunir un certain nombre d'observations dans lesquelles les antécédents des sujets seront soigneusement recueillis en même temps que l'évolution de la maladie sera fidèlement enregistrée avec toutes ses particularités, de façon à ce qu'il ne puisse pas y avoir le moindre doute sur le diagnostic.

Jusqu'ici ces observations font défaut; c'est une lacune qui demande à être comblée, et pour commencer, voici un premier fait qu'il m'a été donné d'observer recemment et qui confirme et justifie les considérations précédentes.

Un jeune homme ayant fait des études brillantes, lauréat ds plusieurs concours, etc., présenta à l'âge de vingt-six ans tous les signes d'un accès de dépression mélancolique, lequel s'accompagna au bout de quelque temps de symptômes atténués de négativisme et d'affaiblissement des facultés; finalement le malade devint complètement dément. C'était bien là, on en conviendra le tableau classique de la démence précoce: l'âge du patient, la façon dont les accidents avaient débuté, leur caractères et leur évolution. tout concourait pour faire admettre ce diagnostic. Or, en recherchant dans les antécédents personnels et héréditaires du sujet quelle pouvait être la cause de cette affection, je ne rencontrerai d'abord que le néant.

Cependant une enquête que je fis quelque temps après m'apprit que le frère aîné de ce malade avait eu un jour, sans motif, une altercation singulière avec un des chefs de l'administration dont il dépendait, et qu'il était devenu par la suite un délirant paranoïde. Ce premier résultat acquis, je ne tardai pas à découvrir d'autres tares morbides chez plusieurs membres de la famille. On voit par ce petit fait qui, isolé, n'a peut-être pas une grande valeur, avec quelle réserve il faut accepter les renseignements qui nous sont fournis et de quelles garanties il faut s'entourer avant d'affirmer l'absence de toute hérédité morbide. Mon malade, quoique non dégénéré, était un héréditaire, et cela suffit pour affirmer le caractère de non-contingence de ses troubles mentaux.

Je crois donc qu'avant de se prononcer d'une façon catégorique sur la véritable nature de la démence précoce, il sera nécessaire de réunir, de grouper un certain nombre de cas bien étudiés, suivis pendant longtemps et d'en tirer les conclusions qu'ils comporteront.

M. Masoin (de Gheel). — Je désire examiner, au seul point de vue de leur pathogénie, certains troubles moteurs qui font partie du syndrome catanonique: je veux parler des *tics*, des *gesticulations*, des *attitudes*, des *actes impulsifs*, etc., qui donnent à la plupart des déments précoces une physionomie si curieuse.

Tous ces phénomènes d'extériorisation motrice doivent être rapprochés, à mon avis, des tics et gesticulations des idiots, et considérés, par conséquent, comme le produit de l'automatisme cérébral. Chez deux catégories de sujets, en effet, ces troubles moteurs revêtent les mêmes caractères : ils sont exécutés sans but, ne sont jamais le reflet d'idées délirantes et sont dépourvus de toute signification.

La seule différence qu'on puisse noter — et elle est légère, — c'est que, chez l'idiot, les tics et stéréotypies ont généralement une étendue moindre que chez l'hébéphréno-catatonique : ils sont localisés à un membre ou à un segment de membre, tandis que chez le dément précoce ils intéressent habituellement plusieurs régions du corps, constituant ainsi une sorte d'association de stéréotypies.

Ce qui plaide encore en faveur de l'origine automatique de ces stéréotypies démentielles, c'est qu'on les observe dans les états passagers où définitifs où le pouvoir inhibiteur cortical est atteint, en d'autres termes dans la plupart des états de stupeur cérébrale (traumatismes crâniens, hystérie, épilepsie etc,). Du reste, n'observe-t-on pas aussi chez l'homme normal absorbé par un travail intellectuel, ou chez certaines personnes distraites, des mouvements de peu d'étendue, qui s'exécutent à l'insu du sujet, qui n'ont aucune signification et durent parfois des heures entières sans provoquer de sensation de fatigue? L'origine et la permanence de tics, chez des sujets pour le reste normaux, s'explique, comme l'a montré M. Meige, par l'absence d'inhibition des centres corticaux supérieurs sur les centres des étages inférieurs du cerveau et de la moelle ; or il n'y a aucune raison de ne pas rattacher au même processus les stéréotypies des catatoniques.

Il est un autre ordre de phénomènes également moteurs, qui pour inconstants qu'ils soient dans la démence précoce, ne méritent pas moins d'être connus. Je veux parler des crises épileptiformes survenant dans la forme catatonique de cette affection, et dont nous avons, M. Meeus et moi, observé cinq cas sur un total de soixante-cinq déments précoces. Ces crises apparaissent tantôt à d'assez longs intervalles, tantôt, au contraire, à intervalles rapprochés (une seule journée). Mais éloignées ou rapprochées, ces crises, outre qu'elles sont rarement identiques aux accès d'épilepsie vraie, ne constituent jamais que des manifestations rares, ne se reproduisant que trois ou quatre fois dans la vie des malades.

Il va de soi qu'il ne s'agit pas, en l'occurence, d'épilepsie méconnue, ultérieurement suivie de démence, le diagnostic de démence hébéphréno-catatonique, ayant été soigneusement vérifié dans ces cas.

M. Meige (de Paris). — Les anomalies de la fonction motrice signalées dans les états catatoniques revêtent deux modalités

principales. La première se traduit cliniquement par une intensité et surtout une persistance anormale de la contraction musculaire, dont les stéréotypies d'attitude, la flexibilité cireuse, les attitudes cataleptoïdes représentent des degrés divers. La seconde se manifeste par la répétition anormale d'une même contraction, spontanée ou provoquée : telles sont les stéréotypies du mouvement, certains tics, les différentes formes d'échokinésie ou d'échopraxie.

Ces deux troubles de la fonction motrice existent aussi, à des degrés variables, dans diverses formes de psychoses et de névroses, et même au cours de certains états pathologiques aigus (infections, intoxications). Dès lors, il nous semble qu'il y aurait intérêt à rechercher l'existence de ces phénomènes chez tous les sujets, de même qu'on explore aujourd'hui l'état de la réflectivité ou de la sensibilité. On peut, d'ailleurs, commodément, faire cette recherche en étudiant le « phénomène de la chute des bras ». Voici en quoi il consiste :

On dit au sujet de se tenir debout, les deux bras élevés horizontalement, en croix. On se place devant lui en mettant une main sous chacun de ses coudes; on lui demande d'abandonner complètement ses bras sur les supports ainsi constitués, et, si l'on retire ceux-ci, de laisser retomber ses membres complètement inertes, par leur propre poids.

Normalement, le relâchement musculaire s'obtient aussitôt : on peut déjà s'en rendre compte au poids des membres soutenus ; mais surtout, si l'on retire brusquement les mains, on voit les bras du sujet tomber, suivant la loi de la chute des corps, avec une vitesse croissante au fur et à mesure qu'ils se rapprochent de la verticale : c'est un mouvement uniformément accéléré. Rencontrant alors les cuisses, ils rebondissent et font trois ou quatre oscillations d'amplitude décroissante.

Chez certains sujets, les choses ne se passent pas ainsi. D'abord les bras étant dans la position horizontale, lorsqu'on vient à retirer les mains qui les soutiennent, la chute ne se fait pas immédiatement; un temps plus ou moins long s'écoule avant que se produise le relâchement musculaire ; puis les bras s'abaissent, tantôt avec une lenteur qui témoigne de la persistance d'une contraction frénatrice des muscles élévateurs, tantôt avec une brusquerie qui indique la participation active des muscles abaisseurs.

Dans les deux cas, le relâchement musculaire n'est pas complet, les membres ne tombent pas selon la loi de la chute des corps, et lorsqu'ils arrivent au contact de la cuisse, ou bien ils l'effleurent à peine, ou bien ils y restent appliqués : on ne voit pas se produire alors les oscillations qui caractérisent la chute des membres abandonnés à la seule pesanteur.

En répétant cette expérience clinique plusieurs fois de suite, si

l'on constate toujours ce même phénomène, on peut y voir la preuve de l'existence d'un trouble de la fonction motrice. Et cette inaptitude au relâchement musculaire semble bien la conséquence d'interventions corticales insuffisantes ou inopportunes.

Une seconde expérience clinique, qui peut se faire dans les mêmes conditions, donne en outre des indications sur l'aptitude du sujet à répéter inopportunément la même contraction musculaire : au moment où les mains servent de support aux bras du patient (auquel on a recommandé d'abandonner passivement ses membres), on commence par imprimer à ceux-ci une ou deux légères oscillations de haut en bas. Normalement, les bras suivent l'impulsion qu'on leur donne et conservent leur inertie lorsqu'on cesse de les mouvoir. Chez certains sujets au contraire (en général les mêmes que précédemment), les oscillations continuent à se produire activement pendant un temps plus ou moins long, après qu'on a cessé de les imprimer.

M. Archambault (de Tours). — J'ai observé un fait qui montre bien à quel point la sensibilité peut être diminuée chez les déments précoces. Un homme de vingt-sept ans, atteint de démence hébéphrénique et interné depuis trois ans, occupait ses nuits à s'introduire sous la peau des bras, des jambes et du tronc, et cela symétriquement des morceaux de fil de fer provenant de son sommier.

En lui faisant prendre un bain de propreté, l'infirmier lui vit le corps couvert de petites plaies : chacune était la porte d'entrée d'un morceau de fil métallique — il y en avait 37 en tout — d'une longueur variant de 3 à 11 centimètres et de 1 millimètre et demi à 2 millimètres de diamètre. Ces corps étrangers furent extraits en quatre séances ; les incisions au bistouri, parfois longues et profondes, n'ont jamais amené chez le malade la moindre plainte ni la moindre réaction de défense : on aurait cru taillader un cadavre. A deux ou trois reprises toutefois, on a pu remarquer une légère contraction de la face. Le malade, à ce moment-là dans une période de dépression et de mutisme, a cependant deux fois indiqué où se trouvaient encore des morceaux de fer.

Séance du 2 aout. — *Visite de Gheel.*

Les congressistes, en grand nombre, sont partis de Bruxelles, dimanche à 8 heures du matin pour Gheel où ils sont arrivés à 10 h. 18. Aussitôt ils se sont divisés en cinq groupes qui ont visité un grand nombre d'habitations des aliénés sous la direction de M. le Dr Peeters, médecin directeur, Boeck-

MANS, médecin principal, CUISENAIRE, MASOIN et MEEUS, médecins adjoints. La note de M. le Dr Meeus, qui a été remise, à l'arrivée, à tous les congressistes, permet de se rendre compte de l'organisation de la Colonie.

Les détails d'une section à la Colonie de Gheel; par le Dr F. MEEUS, médecin à la Colonie de Gheel.

Dans une colonie quelque peu vaste comme celle de Gheel, il est sans conteste avantageux de diviser le village en *sections*. Sous le contrôle général d'un médecin-directeur, ces sections constituent des centres autonomes : elles facilitent et améliorent l'administration, la surveillance et le service médical. A l'*infirmerie* ou dépôt central se concentrent les services administratifs : mais dans les *sections* bat réellement le cœur du patronage familial.

La colonie de Gheel est divisée en *quatre* sections indépendantes avec, dans chacune, un médecin, deux gardes, et un baigneur qui demeure à l'établissement de bains. Inutile de décrire ici les multiples aspects de la section : la visite que les membres du Congrès feront à la colonie vaudra mieux qu'une longue description. Voici, comme introduction à cette visite, quelques détails sur ma propre section et quelques considérations sur le service d'une section en général.

1re SECTION, côté Est. — La section s'étend au côté Est de la colonie et comprend : 1° *Toute la paroisse de Bell* ; 2° *La plus grande partie de la paroisse de Sainte-Dimphne* ; 3° *Une partie de la paroisse de Winkelomheide.*

Elle est traversée au nord par la ligne du chemin de fer Anvers-Gladbach, et dans toute son étendue par la rivière Grande-Nèthe et ses nombreux affluents. Bien que sablonneuse, la terre est fertile ; au voisinage immédiat de la rivière, s'étendent des prairies riches en tourbe. Celle-ci est extraite en grande quantité, comme combustible.

La section renferme 260 nourriciers. La plupart sont des agriculteurs ; au centre de la paroisse de Saint-Dimphne, se rencontrent des ménages d'artisans et de commerçants. Les fermes sont *en général* d'exploitation moyenne, quatre à six vaches, avec un bœuf ou un cheval. Les produits sont le seigle, l'avoine, les pommes de terre, la betterave fourragère, etc., mais les paysans cherchent surtout des bénéfices dans les produits de l'étable : beurre et élevage.

La moralité des nourriciers est bonne. Cette section constitue le noyau le plus ancien de la colonie, puisque c'est autour de l'église et dans la paroisse de Sainte-Dimphne que furent reçus,

logés et soignés les pélerins aliénés [1]. Elle renferme 389 aliénés, classés comme suit :

	Hommes.	Femmes.
Manie [2]	12	19
Mélancolie	15	14
Délire	33	31
Folie périodique	1	5
Démence consécutive	17	18
Démence organique	8	3
Folie toxique	6	»
Folie paralytique	9	2
Folie névrosique	13	16
Idiotie, imbécillité	94	73
Total	208	181

Comparant le nombre des aliénés au nombre des ménages des nourriciers, on voit qu'il y a dans la section 127 ménages à un seul aliéné. Comme le règlement admet deux aliénés dans un ménage, et laissant là les nombreuses demandes d'admission de nouveaux nourriciers, la conclusion s'impose que, dans la colonie, il y a encore de nombreuses places vacantes. — Parmi ces 389 malades, il y en a 272 qui s'occupent de différents travaux, et 117 inoccupés.

Le médecin visite les aliénés de la section dans leur ménage, au moins une fois par mois. Les curables doivent être visités toutes les semaines au moins une fois, et les aliénés malades aussi souvent que l'exige leur maladie. Le garde visite la partie de la section qui lui est désignée, au moins deux fois par mois ; au surplus il doit porter en différentes directions les avis administratifs qui lui sont donnés par le directeur ou le secrétaire du Comité permanent. Les visites, avec l'indication de la date, sont inscrites dans *le livret à visite* : le médecin signe, le garde appose simplement une estampille indiquant la date. Chaque aliéné a son livret propre dont le nourricier a la garde. Outre ce livret à visites, il y a, dans chaque ménage de nourricier, un *livret commun* aux deux aliénés et où sont inscrits le mobilier de la chambre, la literie et objets divers.

Tous les matins, les deux gardes viennent rendre compte au médecin de la section de leur besogne de la veille. Dans un *carnet* ils inscrivent, jour par jour, tous les ménages qu'ils ont visités, avec des détails et des remarques s'il y a lieu. Le médecin signe

[1] *Note sur le Gheel ancien*, par les Drs Masoin et Fr. Meeus. (Rapport au Congrès d'Anvers, 1902).

[2] Je conserve ici la classification officielle de la Colonie, et les diagnostics tels qu'ils furent posés à l'entrée même des aliénés dans la Colonie.

sur le carnet à la date du jour, et y joint son propre rapport, une feuille volante sur laquelle se trouve le nom du hameau visité et les noms des aliénés qui sont mariés. Avec leurs carnets et le rapport journalier du médecin, les gardes se rendent chez le médecin-directeur qui contrôle et donne au besoin des indications au garde et des ordres en retour au médecin.

Généralement, c'est aussi le médecin qui correspond avec les familles, il garde les adresses des familles qui sont en correspondances régulières avec des aliénés traités dans sa section, et en cas de maladie, avertit les proches.

Tous les trois mois, le médecin fait un *rapport sur les fonctions génitales* des femmes, et cela en vue d'éviter les grossesses méconnues. Tous les trois mois, il adresse en plus au médecin-directeur un rapport complet sur tous les détails du service de la section. Il tient sous sa responsabilité les *feuilles d'observations* de tous les malades de la section et y inscrit les modifications que subit l'état physique ou mental de l'aliéné. Il tient, enfin, un *registre* où sont inscrits les noms des nourriciers, les noms des aliénés et la nature de la maladie mentale.

Toutes les semaines, à un jour fixé pour chaque section, il y a distribution d'habillement aux nourriciers. Le garde, dans sa tournée, fait le relevé des habillements à fournir, il remplit un *bordereau ad hoc*, et le signe ; le médecin contrôle le bordereau et le magasinier l'exécute.

Toutes les semaines aussi, il y a un jour de bains dans chaque section, Le maître-baigneur avertit les nourriciers dont les aliénés doivent venir aux bains. Le médecin est présent durant toute la durée des bains, et inscrit dans un *registre*, avec la date, les noms de l'aliéné, la durée et la chaleur du bain, ainsi que le poids de l'aliéné. Le contrôle du poids est aussi inscrit dans le livret à visites, de sorte que le médecin, par comparaison avec les poids antérieurs, est toujours renseigné sur l'état de nutrition de l'aliéné.

Quand un aliéné malade réclame des soins spéciaux, ou encore quand il se méconduit, ou qu'il devient trop turbulent, le médecin demande son admission à l'infirmerie, et remplit un *bulletin* spécialement rédigé à cet effet. A la mort d'un aliéné, le nourricier vient immédiatement avertir le médecin de la section. Celui-ci constate le décès, inscrit cette constatation, avec détails s'il y a lieu, dans le livret à visites, et délivre au nourricier une *déclaration du décès*. Muni du livret de l'aliéné et de la déclaration du décès, le nourricier se rend d'abord chez le secrétaire de la Colonie, et puis chez l'officier de l'état civil du village. Une autopsie semble-t-elle intéressante ou nécessaire, le médecin de la section avertit le médecin-directeur qui charge deux infirmiers ou deux gardes d'aller chercher le cadavre. En cas de guérison, le médecin

de la section délivre un *certificat de sortie* : cinq jours après, sauf contre-avis du médecin-directeur, l'aliéné est renvoyé en famille.

Quand un habitant de Gheel désire être inscrit comme nourricier, il s'adresse au *Comité permanent de placement et d'inspection locale de la Colonie*. Ce comité se compose du bourgmestre et du premier échevin de Gheel, de trois membres désignés par le Ministre de la Justice, et de trois médecins de la Colonie, à savoir : le médecin-directeur et les deux médecins de section les plus âgés. Les deux autres médecins de section et le médecin-anatomiste n'en font point partie. Ce Comité délègue le médecin de la section où habite l'aspirant nourricier, à l'effet de rechercher les conditions physiques et morales que présente le ménage. Le médecin inscrit ses observations sur un *rapport questionnaire* et envoie celui-ci au Comité permanent. Le médecin de la section est-il un de ces deux médecins les plus âgés de la Colonie, il peut alors confirmer pratiquement ses observations concernant le nouveau nourricier, et lui donner ou lui refuser un aliéné. Au cas contraire, il n'a aucune prise ni sur ce placement ni sur aucun autre, ce qui constitue une grave lacune dans l'organisation générale de la Colonie.

Les membres non médicaux du Comité permanent, de même que le médecin-directeur, visitent les quatre sections au moins une fois par an : ils inscrivent aussi dans le livret à visites la date et leur signature. Enfin, les nourriciers et les aliénés sont encore vus et inspectés dans le courant de l'année par le Procureur du Roi de l'arrondissement, par un inspecteur des asiles d'aliénés, délégué par le Ministre de la Justice, et par l'aumônier.

La pension est payée aux nourriciers après chaque *trimestre*, quand il s'agit de la pension d'aliénés appartenant à des familles aisées, et après chaque semestre, quand il s'agit d'aliénés secourus par le Fonds Commun. La pension des aliénés aisés varie entre quatre cents francs et deux, trois mille francs et plus. La journée d'entretien des indigents varie *suivant les soins que l'aliéné réclame*. Il y a trois classes, celles des aliénés propres, celle des demi-gâteux et celle des gâteux ; la journée d'entretien s'élève respectivement à 65 cent., à 85 cent., et à fr. 1.05. Quand un aliéné propre devient gâteux par l'âge ou les progrès de la maladie, le médecin de section propose au Comité permanent de le changer de catégorie.

Laissant les 25 pensionnaires riches dont la pension varie avec l'aisance même de leurs familles respectives, je trouve parmi mes 364 aliénés indigents : 54 propres, 155 demi-gâteux, 145 gâteux.

Voici donc quelques indications générales sur le service d'une section à la Colonie de Gheel : elles constituent une aride énumération de rapports, un squelette. J'espère pourtant qu'elles intéresseront les membres du Congrès parce qu'elles montrent la

trame cachée du patronage familial des aliénés à Gheel. Autour de ce squelette, de cette charpente cachée dont on ne soupçonnerait point l'existence, *tant les diverses parties s'engrènent d'une façon discrète*, autour de tout cela il faudrait maintenant vous décrire la chair et les viscères : c'est-à-dire l'action continue et réciproque du médecin, du garde, du nourricier et de l'aliéné dans leurs rapports quotidiens, vous montrer la sollicitude des uns, le bonheur relatif des autres, et finalement le bien général qui en résulte tant pour l'aliéné que pour l'habitant de Gheel. Mais tout cela sort évidemment du cadre des considérations que je me suis proposées dans cette notice. Il me reste pourtant à dire quelques mots des accidents. Ils sont relativement rares à la Colonie de Gheel, *bien que les aliénés soient exposés comme tout le monde à tous les accidents de la vie ordinaire*. Cela tient sans doute au personnel nombreux de surveillants dont nous disposons. Eu égard aux conditions séculaires de Gheel, on peut dire que réellement les dix-huit cents aliénés sont surveillés par tout un village dont la population s'élève à 13 000 âmes. Depuis six ans que je suis en service à la Colonie, je compte, pour tout le territoire de ma section, comme accidents graves, une mutilation de la main dans l'engrenage d'une machine à battre le blé, deux fractures de clavicules, une fracture de la jambe (ces trois fractures à la suite de chutes), et une asphyxie par fausse déglutition chez une idiote.

A une heure, tous les groupes étaient réunis pour le déjeuner, après lequel a eu lieu la visite de l'infirmerie. Le directeur de la Colonie, le Dr Peeters, ses médecins collaborateurs, MM. les Drs Boeckmans, Cuisenaire, Masoin, Meeus, ont, au cours de la visite, donné, avec une très grande obligeance, les explications les plus détaillées.

Séance du 3 aout (matin).

Histologie de la paralysie générale ; Rapport présenté par M. le Dr Klippel, médecin des hôpitaux de Paris.

Conclusions : *Les lésions dans leur nature.* — Un syndrome ne correspond ni à une même cause pathogène, ni à une lésion unique. Il relève d'une même localisation et *d'une même modalité de réaction*, sous des causes et des lésions diverses. La paralysie générale est un syndrome. La paralysie générale commence et finit là où commence et où finit le syndrome clinique. Trois groupes de paralysies générales s'observent. Le premier se caractérise par des lésions inflammatoires pouvant aller jusqu'à la diapédèse la plus

marquée. (Paralysies générales inflammatoires). Dans le second, la même encéphalite inflammatoire est en évolution sur des lésions préalables et apparaît comme une infection secondaire. (Paralysies générales associées). Le troisième comprend des lésions purement dégénératives, de causes diverses, à l'exclusion de toute inflammation marquée sur la diapédèse vasculaire. (Paralysies générales dégénératrices.)

Dans le groupe de l'encéphalite inflammatoire, on peut distinguer un processus marqué surtout par l'hyperhémie avec active exsudation et une inflammation avec diapédèse intense. Mais les deux formes s'entraînent étroitement et la seconde peut sans doute être la suite de la première. Ces lésions n'offrent aucun caractère de spécificité. On n'y saurait déceler aucun de ceux qui ont été assignés aux lésions syphilitiques certaines, ni comme topographie nodulaire, ni comme évolution rapidement caséeuse. Mais on peut encore appuyer davantage cette manière de voir, si l'on considère comment se présente la syphilis encéphalique avérée, suivant la date à laquelle elle se produit à partir de l'infection par le chancre. Plus les lésions sont précoces et plus elles sont diffuses; ainsi les cas de méningites occupant une large étendue, les artériopathies très multiples, tant dans l'encéphale que dans la moelle, sont relativement précoces, par opposition avec les gommes tout à fait circonscrites et isolées, dont l'apparition est beaucoup plus tardive. De sorte que, plus la virulence décroît, plus les lésions sont circonscrites et localisées. Alors, si l'on voulait admettre la nature syphilitique de l'encéphalite paralytique, il faudrait concevoir qu'une infection qui frappe le cerveau en toutes ses parties, qui atteint les méninges, les ventricules, qui envahit le mésocéphale, désorganise la moelle par la diffusion la plus complète et qui aboutit en deux ou trois ans à une issue fatale, à pareille évolution au moment où sa virulence est du moindre degré !

Il est vrai qu'en accordant une grande part à la syphilis, beaucoup d'aliénistes en sont venus à définir la paralysie générale une maladie *parasyphilitique*. Alors, je demanderai à ces auteurs quelle est la nature de cette maladie *qui est* parasyphilitique. S'ils admettent qu'elle est une infection *banale* favorisée par une syphilis antérieure, je suis d'accord avec eux pour un bon nombre de cas.

L'encéphalite paralytique inflammatoire apparaît comme un processus infectieux très banal et c'est l'une des multiples raisons qui m'ont servi à lui assigner une origine correspondante. Malgré de nombreuses tentatives, on n'est jamais arrivé à trouver un critérium histologique pouvant faire distinguer de telles lésions de celles des autres inflammations de même pathogénie. Il n'est pas jusqu'aux cellules dites « mastzellen » qu'on puisse rencontrer comme dans les inflammations d'autres tissus.

S'il existe des différences par rapport à l'inflammation des autres organes, celles-ci ne peuvent tenir qu'à des différences de tissu, non à des différences de causes ou de nature.

Trop peu d'auteurs ont admis jusqu'ici la nature infectieuse banale de l'encéphalite paralytique, pour que je n'y insiste pas encore. Il n'est pas douteux que les encéphalites aiguës dont la nature infectieuse est admise, ne donnent lieu à des lésions très analogues, parfois identiques, à celle des paralytiques généraux. Ces analogies vont plus loin que l'hyperhémie et que la diapédèse. Les mêmes dégénérescences hyalines des vaisseaux qu'on trouve ici, Manasse les décrit dans les maladies générales fébriles; Klebs les note dans la chorée. M. Pierret écrit que, dans l'encéphalite grippale, les leucocytes pénètrent les espaces lymphatiques et viennent se mettre en contact avec les cellules nerveuses elles-mêmes. Les hémorrhagies miliaires formées de globules rouges et coïncidant avec la dégénérescence hyaline, que Bischoff constate dans le délire aigu et que tant d'autres décrivent dans les infections cérébrales, viennent encore compléter les analogies. L'un des arguments que j'ai souvent fait valoir en faveur de cette origine infectieuse est la possibilité de toutes les transitions entre le délire aigu et les formes les plus lentes de la paralysie générale.

D'autre part, c'est l'absence fréquente de microbes que l'on pourrait invoquer. Mais, qui parle d'infection microbienne incrimine les toxines de ces microbes et, dans beaucoup d'infections cérébrales, même dans des abcès, dont l'origine infectieuse ne fait de doute pour personne, les cultures peuvent demeurer stériles surtout quand il s'agit du pneumocoque, dont l'évolution est plus rapide et qui paraît être l'un des agents pathogènes de la paralysie générale. Pourquoi exigerait-on pour cette maladie que l'agent causal se montrât avec une persistance et des caractères qu'il ne comporte pas dans d'autres cas pathologiques ?

Enfin, comme dernier argument, j'ajouterai que, souvent, le paralytique général se montre nettement infecté quant à l'ensemble de son organisme, c'est-à-dire en dehors de son système nerveux et cela, pendant tout le cours de sa maladie, ce que peut démontrer soit l'examen bactériologique des urines, soit la toxicité du sang et les troubles de l'équilibre leucocytaire combiné à la présence de globules rouges à noyau.

Un second groupe de paralysies générales comprend celles ou l'encéphalite est venue se greffer, à titre d'infection secondaire, sur des lésions encéphaliques préalables. Telle est la paralysie générale des alcooliques.

L'encéphale de tous les alcooliques chroniques, qu'ils soient ou non paralytiques, présente des lésions spéciales : atrophie et dégénérescence granulo-graisseuse et pigmentaire des éléments nerveux et des artérioles à tunique lymphatique de l'écorce cérébrale. Les

cellules hépatiques, celles du rein et du myocarde sont souvent atteintes d'une façon analogue. Pour ce qui est de l'encéphale, ces lésions sont le fond commun sur lequel viennent se greffer les infections et les auto-intoxications aiguës ou subaiguës, qui entraînent les différents délires des alcooliques, delirium tremens, rêve prolongé à l'état de veille, etc. Telle est aussi la paralysie générale des arthritiques artérioscléreux. Encore ici l'encéphalite apparaît comme greffée à titre d'infection secondaire sur les lésions atrophiques et dégénératives des éléments nerveux et des capillaires de l'encéphale, qui sont fréquentes dans l'artériosclérose. On peut en ces cas rencontrer de l'athérome jusque sur les gros vaissseaux de l'encéphale et on en trouve toujors sur quelque point du système vasculaire envisagé dans son ensemble. Telle est la paralysie générale associée des tuberculeux. La méningite tuberculeuse chronique, avec cellules géantes et bacilles de Koch dans l'exsudat, ou bien seulement des dégénérescences des éléments nerveux sont ici les lésions préalables. Telle est la paralysie générale associée aux tumeurs de l'encéphale. L'inflammation est fréquente autour des tumeurs de l'encéphale et l'infection y a sans doute sa part; la fièvre, le délire, les attaques épileptiformes, le coma, en sont la conséquence. Mais, au lieu d'être localisé et aigu, le processus infectieux peut être diffus et chronique. Les néoplasmes syphilitiques ou autres sont, en ce cas, les lésions préalables, les points d'appel de l'infection secondaire. Telle est la paralysie générale associée des tabétiques. Jendrassick a démontré qu'on rencontrait souvent dans le tabes des dégénérescences des tubes nerveux de l'écorce cérébrale. Ces lésions sont tabétiques.

Aussi faut-il conclure que les alcooliques, les artérioscléreux, les tuberculeux, etc., présentent des lésions encéphaliques distinctes par leur origine et préalables et sur lesquelles vient se greffer l'encéphalite paralytique, sans se confondre avec elles.

Dans un troisième groupe, l'examen histologique ne révèle que des lésions dégénératives à l'exclusion de toute inflammation marquée par la diapédèse. Les maladies qui en sont les causes sont les mêmes que celles qu'on retrouve dans la paralysie générale associée, l'alcoolisme, l'arthritisme, la tuberculose, la syphilis. Si l'auto-infection y intervient aussi, du moins ne produit-elle pas les lésions inflammatoires indiquées dans le groupe précédent. S'il existe des érosions, celles-ci ne sont pas de même pathogénie, car l'inflammation oblitérante avec diapédèse fait ici défaut. Ces érosions sont le résultat de la désintégration corticale par dégénérescence, non par inflammation. Si les méninges sont épaissies, on n'y rencontre pas davantage l'inflammation diapédétique. Quelques-unes de ces formes ont été décrites sous le nom de *pseudo-paralysies générales*. Pour ma part, j'ai tantôt employé ce dernier terme pour accuser l'opposition des lésions avec celles des

formes inflammatoires, tantôt celui de *paralysies générales dégénératives*.

Dans ce même groupe, des encéphalites dégénératives diverses ont encore leur place. Telle est la paralysie générale dégénérative des tuberculeux dont j'ai rapporté les lésions à l'action des toxines d'une tuberculose pulmonaire ayant en ces cas une marche lente et parfois latente. Telle est la paralysie générale dégénérative des alcooliques. Ces deux dernières s'accompagnent parfois de lésions prédominantes à la périphérie, d'où les termes de *pseudo-paralysies générales névritiques* qui leur sont applicables en pareil cas. Telle est la pseudo-paralysie générale par lésions syphilitiques multiples, admise par un certain nombre d'auteurs.

Par les analogies anatomiques et pathogéniques — et c'est là une conclusion générale — entre les trois groupes qui viennent d'être tracés, *il n'y a pas de séparation absolue*. Déjà, dans le deuxième groupe, nous voyons prédominer les dégénérescences diffuses qui ont précédé les lésions inflammatoires, tandis que ces dernières s'accusent de moins en moins dans la longue série des cas, par rapport à ce qu'elles sont dans les formes les plus franchement inflammatoires, des encéphalites paralytiques. De telle sorte que le troisième groupe se trouve insensiblement relié au second et par ce dernier fait et parce qu'ici encore nous retrouvons les toxines de l'infection ou celles des auto-intoxications comme causes des lésions.

Ces analogies et ses transitions insensibles, jointes à l'identité des symptômes et de l'évolution, sont une raison pour affirmer l'existence d'un syndrome paralytique, qui n'a pu être constitué que par la distinction préalable des groupes *et qui par conséquent implique cette distinction*.

II. *Les lésions dans leurs conséquences.* — L'histologie arrive souvent à constater dans l'encéphale des lésions qui sont à la fois *irritatives* et *destructives* et qui peuvent servir à l'interprétation des symptômes notés pur la clinique. L'*irritation*, ou l'inflammation, se traduit par l'hyperhémie active, la tuméfaction des cellules nerveuses, les figures de karyokinèse, le contact des éléments nerveux avec des exsudations ou des cellules embryonnaires, les proliférations endothéliales et névrogliques, la diapédèse.

Les *lésions destructives*, qui sont l'aboutissant des précédentes, sont marquées par l'atrophie du neurone en toutes ses parties, le corps de la cellule, les prolongements neuraux et surtout les dendrites. *De ces lésions, les premières pervertissent le mode de l'activité; les secondes restreignent les connexions fonctionnelles entre les différents éléments de l'écorce et de l'axe cérébro-spinal.*

Les premières sont à l'origine du délire; les secondes ont pour conséquence la démence. Les lésions irritatives, résultat de la toxi-

infection, entraînent l'hyper-excitabilité de faiblesse à laquelle il faut rapporter l'état de suggestibilité et particulièrement celui qui chez le paralytique, est dominé par la cinesthésie (hypocondrie, mégalomanie). Tandis que dans les intoxications plus aiguës, cette même suggestibilité trouve ses facteurs dans la sphère des nerfs sensoriaux (délire de rêve).

Les autres symptômes ne sont pas moins justiciables de la double lésion, irritative et destructive, dont le délire et la démence sont les résultats respectifs. Une même toxi-infection, en ce qu'elle excite en détruisant, est par elle seule capable de produire les deux lésions, irritative et destructive, et par là les deux groupes de symptômes qui y correspondent respectivement. Mais il faut reconnaître, notamment pour le second groupe, et les travaux de M. Régis sont d'accord sur ce point avec les miens, que le paralytique trouve dans son organisme des occasions multiples de subir les influences nocives d'une auto-infection ou d'une auto-intoxication surajoutées.

III. *Les lésions dans leur évolution.* — L'une des questions qui a le plus préoccupé les auteurs est de savoir par quel tissu — névroglie, vaisseaux ou éléments nerveux — débute le processus morbide. On voit de suite que l'importance de cette localisation primitive est de pouvoir fixer plus exactement la nature de la maladie.

Sans prétendre marquer le point de départ très précis des lésions ce qui semble fort difficile, je crois pour ma part *qu'il est impossible*, en raison des acquisitions les plus certaines de l'histologie, *de continuer à définir la paralysie générale : une sclérose diffuse, une encéphalite scléreuse ou névroglique, ou à l'aide de toute terminologie équivalente*. D'une part, en effet, la lésion des vaisseaux est la *diapédèse* et non la *sclérose*. Ces deux termes définissent aujourd'hui des processus qu'on ne peut plus confondre. Quelques histologistes admettent, il est vrai, que le leucocyte peut subir une transformation en fibre conjonctive fusiforme et aboutir ainsi à un tissu fibreux. Je n'y contredis pas. Mais, comment définir une maladie d'après une lésion qui en serait l'aboutissant à la fois ultime et si rare, qu'après que la paralysie générale a traversé toutes ses phases cliniques, l'histologie n'arrive pas à le reconnaître?

D'autre part, la maladie ne serait pas mieux définie par les termes de sclérose névroglique, qu'on a substitués à ceux de sclérose conjonctive. Cette définition, si l'on s'en rapporte à la pensée des histologistes qui l'ont admise, implique que, tout d'abord, la névroglie prolifère et que son développement croissant en vient à étouffer les éléments nerveux et à envahir les vaisseaux. S'il en était ainsi, la définition serait des plus exactes. Mais, les autopsies les plus précoces démontrent, avec toute l'évidence possible, que

les vaisseaux et les éléments nerveux sont souvent altérés, alors que la névroglie, à peine augmentée, ne saurait en aucune façon rendre compte de leurs lésions. Et puis, si c'était la névroglie qui venait à s'accroître isolément, la maladie n'apparaîtrait-elle pas comme une néoplasie (glycose diffuse) plutôt que comme une inflammation banale ? Ne devrait-on pas admettre alors une anomalie évolutive de la névroglie, à peine favorisée par les causes les plus banales, plutôt qu'une inflammation telle qu'en produit toute infection, toute intoxication ? Mais, je le répète, c'est surtout, d'après l'opinion actuelle, sur les vaisseaux et les éléments nerveux eux-mêmes que se fixe le processus dès le début.

On pourrait encore se demander si le stade initial varie suivant les cas et en particulier si les formes inflammatoires ne sont pas tout d'abord des *vascularites* et les formes dégénératives des *dégénérescences nerveuses primitives*. Mais, dans ces dernières formes, j'ai toujours trouvé des dégénérescences des vaisseaux analogues à celles des éléments nerveux et, par conséquent, il est aussi difficile de conclure ici que là.

On sait que la cellule nerveuse est un organe complexe, comprenant des fibrilles différenciées intra et péri-protoplasmiques et un protoplasme de nutrition. Si l'on admet que cette cellule est tout d'abord lésée, un nouveau problème se pose aussitôt et dont l'importance ne saurait échapper. La maladie est-elle une lésion primitive des réseaux fibrillaires décrits par Bethe, Apathy, Held, Danaggio, qui, en s'altérant, entraînent des réactions pathologiques de la part du protoplasme de nutrition, des canalicules de Holmgren, du réseau endocellulaire de Golgi, des formations spirémateuses de Nelis ; ou bien inversement ? Il y a longtemps que cette même question a été posée relativement aux fibrilles striées et au sarcoplasme dans les atrophies et les dégénérescences de la fibre musculaire. Il ne semble pas que l'histologie puisse, à l'heure actuelle, répondre à tant de si délicates questions.

En démontrant la multiplicité des races de leucocytes, M. Ranvier et surtout Ehrlich et ses élèves ont mis à l'ordre du jour l'étude des variétés correspondantes de la diapédèse. On sait que, dans la paralysie, on rencontre, dans les artérioles encéphaliques, des cellules d'aspect multiple, dont les plus abondantes sont les mononucléaires (lymphocytes surtout) et les polynucléaires, et que la proportion en est variable. On peut admettre théoriquement que dans les formes et dans les phases où l'infection est la plus aiguë, il existe un bon nombre de polynucléaires, que dans les formes et dans les phases les plus lentes, ce sont les lymphocytes qui abondent, ce qui est la règle habituelle d'après mes recherches.

L'examen du sang des paralytiques, que j'ai pratiqué avec M. Lefas aux différentes périodes de la maladie, semble confirmer ces vues théoriques. Au début, l'équilibre leucocytaire du sang est

troublé par une plus grande proportion de polynucléaires neutrophiles; à la fin de la maladie, par une prédominance de lymphocytes, au moment où, établie définitivement, l'encéphalite suscite des réactions organiques moins vives, en dehors, bien entendu, des accès aigus qui la peuvent traverser. Il n'est pas fréquent de voir s'y joindre des mastzellen, qui apparaissent toujours assez rares en ces cas. D'après Ehrlich, les mastzellen sont chargées de réserves alimentaires d'où, dans les inflammations, elles représenteraient un processus ébauché de réparation. Par là on s'expliquerait assez bien leur rareté dans la paralysie générale. Enfin, les plasmazellen semblent n'être que des formes dérivées des leucocytes.

La diapédèse des globules rouges subit de grandes variations au cours des infections et la proportion en est aussi très variable dans l'encéphalite paralytique, dont elle marque aussi bien le début que la période terminale. C'est encore en raison de la virulence en ses degrés, mais aussi des affinités régionales, qu'il faut chercher à rapprocher les lésions des variétés dans la marche et dans les symptômes que présentent les différents malades, en particulier dans les cas qui ont été qualifiés d'atypiques par Stoick. Comme l'a écrit M. Coulon, dans son récent travail : « on peut déjà concevoir, par la localisation de l'agent infectieux sur telle ou telle portion de territoire, les formes cliniques que peut revêtir la paralysie générale. »

En ce qui concerne la virulence, on rencontre toutes les transitions entre certains délires aigus et les formes les plus chroniques de paralysies générales. J'ai déjà trop insisté sur ces faits montrant comment la paralysie générale associée des alcooliques était une même infection secondaire, mais atténuée par rapport à leurs délires aigus ou subaigus, pour y revenir encore.

En ce qui concerne les affinités régionales, on sait que, si la paralysie générale est une maladie caractérisée surtout et avant tout par la diffusion de ses lésions, ses modes de début sont parfois assez divers. Ainsi, les délires, les troubles moteurs corticaux et bulbaires, les localisations spinales semblant en quelques cas évoluer d'abord isolément, impliquent que le processus morbide peut sévir plus spécialement sur certains territoires de l'axe cérébro-spinal.

Ainsi, la *diffusion des lésions* commune à tous les cas, *le degré de la virulence, les affinités régionales*, relevant soit des toxines, soit des individus, *la plus grande vulnérabilité des éléments les plus hautement différenciés* peuvent nous rendre compte des lésions et des symotômes envisagés dans leur début et dans leur évolution ultérieure.

M. Anglade (de Toulouse). — Les lésions de la paralysie générale ne me semblent pas pouvoir être ramenées à une formule

aussi simple que paraît le croire M. Klippel. Il est incontestable, en effet, que si le microscope nous montre, chez les paralytiques généraux du premier groupe de M. Klippel, de l'hyperhémie, de la diapédèse et de la chromatolyse, il nous fait voir quelque chose de plus — et cela de très bonne heure —, à savoir la réaction névroglique. Les cellules endothéliales et les cellules névrogliques adjacentes prolifèrent activement, en même temps, et peut-être même avant, que la diapédèse s'opère. Diapédèse et réaction névroglique par division directe des noyaux sont deux faits contemporains. Par contre-coup — ou directement — la cellule nerveuse s'altère, se désorganise.

Mais le parenchyme cérébral est-il bien le premier atteint, comme le croit M. Klippel ? Tel n'est pas mon avis. La lésion des méninges précède celle de la substance nerveuse. La pachyméningite, l'arachnoïdo-pie-mérite sont la règle. La lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, que différents auteurs ont signalée, prouve bien la précocité des altérations méningées. D'autre part, le microscope démontre que l'épaississement de la pie-mère est dû à la prolifération conjonctive, que les adhérences contractées avec l'écorce sont réalisées par des brides névrogliques de néoformation. La couche névroglique qui recouvre la zone moléculaire entre en activité nucléaire. Les prolongements protoplasmiques des cellules nerveuses reçoivent des excitations anormales qui expliquent les symptômes de la paralysie générale : suractivité désordonnée, convulsions, etc.

Au surplus, la clinique ne s'oppose pas à ce que la paralysie générale soit considérée comme une méningo-encéphalite. Et dans la moelle, ce qui est aussi la règle, c'est la méningo-myélite. Cela est incontestable et, je crois même, incontesté : la lepto-myélite est bien l'origine de la plus grande partie de ces scléroses, cordonales plus que fasciculaires, qui ne peuvent, toutes, être imputées à des dégénérations systématisées descendantes. Il reste donc à discuter la nature de cette méningo-encéphalite ou myélite de la paralysie générale.

Sans doute, elle n'a aucun caractère de spécificité absolue ; et sur ce point, je suis complètement d'accord avec M. Klippel. L'endartérite oblitérante de la syphilis ne s'observe pas chez les paralytiques généraux. Je n'en dirai pas autant de la phlébite avec infiltration nucléaire des parois veineuses : elle est la règle dans la moelle des paralytiques. Toutefois, je suis plus exigeant à ce sujet que les auteurs classiques et je ne veux pas considérer cette lésion comme absolument spécifique ; mais, dans ces conditions, il faut se garder d'exclure de l'étiologie des lésions de la paralysie générale des infections dont nous connaissons encore imparfaitement tous les processus. Qui peut se flatter de distinguer, à l'heure présente, les diverses modalités des méningites syphilitiques ou

tuberculeuses dont tout le monde admet la fréquence? Récemment encore, M. Armand-Delille a réalisé expérimentalement des méningites tuberculeuses sans bacilles. Il doit y avoir aussi des méningites syphilitiques d'aspect très variable.

A mon avis, la syphilis et la tuberculose, la seconde au moins autant que la première, dominent cliniquement l'étiologie de la paralysie générale. Il est, en effet, très fréquent de constater chez les paralytiques généraux des lésions tuberculeuses ou syphilitiques. Le microscope nous démontrera peut-être bientôt qu'elles sont aussi des effets de poisons tuberculeux ou syphilitiques.

M. Pierret (de Lyon). — La divergence d'opinions qui sépare M. Anglade et M. Klippel est plus apparente que réelle. S'il est vrai qu'il n'y a guère de paralysie générale sans méningite, comme le soutient M. Anglade, il est non moins certain que cette méningite ne saurait exister sans encéphalite concomitante. La simultanéité de cette double lésion est pour ainsi dire fatale, étant donnés les rapports des espaces lymphatiques avec ceux d'Obersteiner et l'origine toxi-infectieuse de la paralysie générale. Quant à cette encéphalite, il est incontestable qu'elle intéresse la névroglie, mais ce serait une erreur de croire qu'elle peut exister cliniquement en respectant les éléments nobles. Ceux-ci, au contraire, sont très vraisemblablement atteints les premiers, car il est impossible de concevoir un trouble sensitif, moteur ou psychique, survenant en dehors de toute altération dynamique ou somatiqne des neurones.

Par conséquent, sans nier la participation de la névroglie au processus anatomo-pathologique de la paralysie générale, je crois que les altérations de cette substance sont secondaires et accessoires, et que le premier rôle revient aux lésions des fibres et des cellules nerveuses, engendrées par des substances toxiques dont la nature peut d'ailleurs varier.

M. Toulouse (de Villejuif). — Contrairement à l'opinion que vient d'exprimer M. Anglade, je crois que la tuberculose est excessivement rare chez les paralytiques généraux; par contre, j'estime que les lésions athéromateuses des vaisseaux encéphaliques sont presque constantes — à des degrés très variables, il est vrai — chez ces malades; aussi ne me parait-il pas légitime de se baser, comme l'a fait M. Klippel, sur l'existence ou l'absence de l'athéromasie pour créer, sous le nom de paralysies générales associées, un groupe spécial de paralysies générales, si ce n'est peut-être dans les cas où ces lésions athéromasiques sont prépondérantes et occupent la première place par rapport aux autres altérations encéphaliques.

Cette réserve faite, je crois que la classification de M. Klippel,

qui est fondée sur l'anatomie pathologique, répond à tous les besoins de la clinique.

M. Laignel-Lavastine (de Paris). — J'ai examiné, avec M. Vigouroux, les centres nerveux de 42 paralytiques généraux. Les résultats de ces examens histologiques nous ont conduits à adopter dans ses grandes lignes la division des paralysies générales proposée par M. Klippel. Nous distinguons, comme lui, trois grands groupes de paralysies générales, entre lesquels il existe, d'ailleurs, de nombreuses formes intermédiaires.

Un premier groupe est constitué par des paralysies générales inflammatoires, caractérisées par l'infiltration des méninges et de l'écorce, par la périvascularite, la prolifération névroglique, l'atrophie des fibres tangentielles et les altérations de degré divers des cellules nerveuses. Ici on ne trouve jamais de dégénérescence des parois artérielles, ni de pigment ocré, ni de corpuscules hyalins.

Dans un deuxième groupe, nous avons réuni les cas où les lésions inflammatoires, parfois moins intenses, sont associées à des altérations dégénératives des artères. Les deux lésions capitales sont la dégénérescence hyaline des artères et l'infiltration pigmentaire. Suivant que l'une ou l'autre prédomine ou existe seule, il paraît possible d'établir deux sous-groupes, l'un correspondant à l'association de l'alcoolisme, et l'autre à l'association de l'artériosclérose.

Dans un dernier groupe, nous proposons de ranger les cas qui paraissent se rapporter au type décrit par M. Klippel sous le nom de paralysie dégénérative ; nous y avons constaté d'une façon constante des corpuscules hyalins.

J'ai constaté, d'autre part, au niveau du plexus solaire d'un certain nombre de paralytiques généraux, des altérations très variées, parmi lesquelles je me borne à signaler la présence de petites cellules rondes et de nodules infectieux témoignant d'une réaction interstitielle aiguë ou subaiguë des ganglions.

Ce qui paraît ressortir de ces observations, c'est que l'atrophie de l'élément noble est secondaire à la sclérose qui succède à l'inflammation du tissu conjonctivo-vasculaire, et que l'atrophie des fibres nerveuses à myéline est due, quand on l'observe, à un processus tabétique surajouté.

M. Jeanty (de Lyon). — Nous avons fait, M. Taty et moi, l'étude histologique du cervelet de 8 paralytiques généraux. Les lésions que nous avons constatées portaient sur tous les éléments du *cortex*, mais elles étaient prépondérantes, ou tout au moins plus apparentes, dans la couche des cellules de Purkinje, qui étaient modifiées qualitativement et quantitativement : nous avons trouvé tous les degrés d'altération depuis la simple chromatolyse jusqu'à

la disparition quasi totale de l'élément. Dans cette couche ainsi altérée apparaissent des noyaux plus ou moins nombreux (éléments normaux du *cortex* altérés et leucocytes). Dans un cas nous avons noté la présence, dans les méninges, du colibacille, vraisemblablement par suite d'une infection secondaire (eschare).

M. R. Verhoogen (de Bruxelles). — Dans 8 cas de tabes avancé — affection que M. Klippel assimile à la paralysie générale au point de vue de la formule hématologique —, je n'ai rencontré ni polikylocytes, ni hématoblastes ; dans 2 de ces cas il y avait une mononucléose accentuée (50,5 et 50,7 p. 100), dans un de l'éosinophilie (6 p. 100). Chez tous les autres malades, la formule était normale. Le chiffre total des leucocytes n'a jamais dépassé 11 700.

Ces diverses modifications se rencontrent dans de nombreux états physiologiques et pathologiques ; elles ne paraissent pas caractéristiques de l'état infectieux. Il n'existe donc pas, en réalité, de formule hématologique pour le tabes, ni probablement non plus pour la paralysie générale.

Séance du 3 aout (soir).

Traitement médico-pédagogique de l'idiotie.

M. Bourneville. — Nous n'avions pas l'intention, au moins à ce Congrès, de revenir sur le traitement, l'hygiène et l'éducation des idiots, depuis l'idiot complet, être végétatif, jusqu'au simple arriéré qui confine à l'enfant normal moyen. Mais plusieurs raisons nous ont décidé à le faire : l'une, d'ordre local, les autres, d'ordre général.

Quelle est la raison locale ? C'est que, depuis cinq ans, il s'est créé en Belgique un mouvement sérieux en faveur des enfants idiots.

L'honneur en revient principalement à nos collègues, MM. les Drs Daniel, Demoor, Decroly, Ley et Sano, à un instituteur, M. Lacroix, aidés pour ce qui concerne Bruxelles, par M. l'Echevin Lepage. C'est à eux qu'on doit l'organisation des *classes spéciales* pour la catégorie d'enfants anormaux qui nous occupe. La première a été fondée à Bruxelles en 1897, — la seconde à Anvers, le 2 octobre 1899. Depuis une quinzaine d'années, nous avons réclamé la création, à Paris et en France, de *Classes spéciales* ou d'*Ecoles spéciales* suivant l'importance de la population. Nos efforts prolongés, persistants, sont demeurés infructueux, ce que nos collègues belges qui sont venus visiter autrefois notre service, quelques-uns à plusieurs reprises, ont fait remarquer non sans une pointe d'ironie.

Au point de vue de la situation des enfants idiots dans les asiles belges, qui renferment un certain nombre d'enfants idiots, M. le Dr Ley [1] résume ainsi la situation :

« L'éducation y est, en général, fort négligée. Même où elle semble un peu comprise, elle manque encore des bases scientifiques, indispensables pour qu'elle ressorte tous les bons effets qu'on doit en attendre. Le personnel est, en général, trop peu nombreux et pas préparé aux méthodes d'éducation spéciale qu'il doit appliquer. Il y a aussi, de la part de ceux qui devraient diriger l'enseignement dans ces asiles, une résistance formidable à l'introduction des méthodes modernes d'éducation (p. 10). »

Les raisons d'ordre général sont multiples. Beaucoup de médecins, peu au courant des maladies chroniques du système nerveux des enfants, dont ils n'ont vu que quelques spécimens au cours de leurs études, ignorent qu'il est possible d'instituer un traitement vraiment efficace. Ils ajournent toute intervention, attendant un changement de la nature et des progrès de l'âge. Ils rendent ainsi leurs malades moins aptes à être soignés, car à l'état mental dû aux lésions cérébrales, viennent s'ajouter les mauvaises habitudes dues à la faiblesse des parents et plus tard, les impulsions que détermine la puberté. Des médecins, même des plus réputés, mais inexpérimentés en ce qui concerne les enfants, conseillent l'ajournement, le traitement médico-pédagogique, l'isolement, l'absence de tout contact avec d'autres enfants.

Ceci dit, arrivons à nos malades. Pour chacun d'eux, nous nous bornerons à un court résumé. Nous vous ferons voir au fur et à mesure les *photographies* prises de deux en deux ans et les *cahiers scolaires*, ouverts dès que l'enfant est capable de tracer des lignes. Les unes et les autres vous montreront les résultats progressivement obtenus. (Photographies collectives).

Idiotie profonde. — Poirs.. (Marcel). « *Hémiplégie droite* », né dans la Meuse le 10 mai 1888. Entré le 27 juin 1893, parlant à peine, gâtant nuit et jour, ne sachant pas s'habiller, n'ayant aucune notion classique.

1894. L'enfant commence à s'habiller seul, mais ne sait pas encore lacer, boutonner et nouer.

1895. Amélioration pour la parole ; il assemble quelques mots, distingue les couleurs, place les lettres et les chiffres.

1896. Cet enfant est parvenu à lacer, boutonner.

Paralysé du côté droit, il éprouve une grande difficulté pour l'écriture, se sert de la main gauche et trace péniblement quelques bâtons. Il compte jusqu'à 60, place les bâtonnets dans les cases,

[1] LEY. — *Le traitement des enfants idiots et arriérés en Belgique.* Gand, 1900.

montre les différentes parties de son corps et de ses vêtements, sait faire la différence de la longueur, la largeur et l'épaisseur, connaît ses cinq sens, les étoffes, leur provenance, leur usage. Il ne gâte plus ni jour ni nuit.

1897. Poirs.. parvient à lire couramment et à copier ce qu'il a lu.

1898. L'écriture s'est beaucoup améliorée, les progrès pour tous les exercices scolaires sont très lents, mais sans arrêt. La mémoire est lente, mais durable : ce qu'il a appris, il ne l'oublie pas.

1899. Notre élève apporte beaucoup de bonne volonté, mais l'intelligence est réfractaire au calcul et à l'orthographe. — 1900-1901. Les progrès continuent.

1902. Amélioration notable pour l'orthographe et le calcul, pour lesquels il n'avait aucune aptitude.

1903. Actuellement, notre élève fait des dictées, des verbes, des analyses, un peu de rédaction, quelques problèmes faciles; il a quelques notions d'histoire, de géographie, de système métrique, de dessin. Il est apprenti tailleur.

Il a acquis un certain vernis de politesse, aime à travailler à rendre service, et a surtout deux qualités que nous rencontrons assez rarement chez nos enfants : l'ordre et la propreté, qui se manifestent dans sa tenue et celle de ses livres et cahiers. C'est une bonne nature, chez laquelle nous ne voyons poindre aucun mauvais instinct.

Idiotie profonde. — Mill.. (Émile), né à Paris, le 21 octobre 1891, entré le 10 avril 1895. Cet enfant parle à peine, gâte nuit et jour; pâle, d'apparence maladive, il dort presque toute la journée et ne se réveille en pleurant que pour se plaindre de la tête et du ventre.

1896. Dans le cours de l'année, sa santé s'améliore, l'appétit est plus régulier et le sommeil moins fréquent; le moral se ressent de cette amélioration, l'esprit plus éveillé, plus gai.

1897. Mill.. apprend à s'habiller seul, à lacer, boutonner et nouer se lave seul la figure et les mains. Il connaît les principales parties de son corps et de ses vêtements.

1898. Il devient propre dans le jour; mais urine fréquemment la nuit dans son lit. Il distingue les couleurs, les lettres et les chiffres qu'il place dans les tableaux correspondants.

1899. Progrès scolaires sensibles; commence à syllaber et à former toutes les lettres et les chiffres, à établir une relation entre le chiffre et la quantité.

1901. Mill.. rend quelques services ménagers, il travaille avec goût en classe, fait l'addition simple, lit et copie un certain nombre de mots imprimés. La parole a beaucoup gagné, il tient conversation, observe et fait des réflexions.

1902. Notre élève passe à la lecture courante, son écriture est lisible. Il fait l'addition et la soustraction avec retenues, écoute les leçons orales et en profite.

1903. Notre malade, devenu tout à fait propre, continue à progresser, il fait des petites dictées, distingue le genre et le nombre, fait l'application de l'addition et de la soustraction. sait faire la multiplication et ébauche même la division. Il calcule mentalement assez rapidement. Caractère gai, un peu indiscipliné.

Idiotie profonde; épilepsie nocturne ; strabisme. — Cott.. (H.), né à Bondy, le 18 mars 1890, entré le 24 avril 1897, gâteux, marchant avec difficulté, bredouillant d'une façon inintelligible, restant presque toute la journée plongé dans une sorte de demi-sommeil, indifférent à tout ce qui l'entourait, paroles, jeux. Nous ne parvenions pas à secouer sa torpeur; une sorte de bave sanguinolente s'échappait presque continuellement des commissures des lèvres. Les mucosités du nez coulaient sans qu'il songeât à les essuyer. Peu à peu, avec une extrême lenteur, nous avons vu l'engourdissement qui enveloppait notre malade se dissiper.

1899. Il ne gâte plus le jour, mais urine souvent au lit. Il s'habille seul, mais ne sait pas encore nouer.

1900. Il place les lettres, les chiffres et les couleurs, commence à tracer quelques lignes et quelques chiffres.

1901. L'attention s'éveille, il écoute avec beaucoup d'intérêt les leçons orales, aime à rendre service dans le ménage.

1902. Cott.. lit un grand nombre de nos mots imprimés qu'il copie sur son cahier d'une façon lisible : il établit une relation entre le chiffre et la quantité, sait faire l'addition simple.

1903. Notre élève est en bonne voie pour lire couramment, l'écriture est bonne, il fait l'addition et la soustraction; écoute avec intérêt les leçons de choses et répond bien aux questions qu'on lui pose. Il tient conversation; la parole a encore quelques légères défectuosités.

Idiotie complète. — Charm... (Victor), né à Paris le 4 janvier 1890, est entré le 27 juin 1892. Parole et marche nulles; gâte nuit et jour. Cet enfant semble n'être doué que de la vie végétative. Physionomie tout à fait déprimée, bouche ouverte, yeux mornes; mains idiotes, courtes, larges, épaisses avec fossettes à l'articulation du métacarpe et de la première phalange de chaque doigt; ongles plats, en spatule. L'annulaire et l'auriculaire de la main droite se tiennent toujours recourbés vers la paume de la main avec impossibilité de se redresser complètement.

1894. Il commence à marcher seul et à balbutier quelques mots.

1895. L'attention s'éveille. il essaie de prendre part aux jeux de ses camarades. Il gâte nuit et jour et ne parvient pas à manger seul.

1896. Il reconnaît quelques couleurs, quelques chiffres, mais n'arrive pas à les placer sur le tableau correspondant.

1897. Il mange seul; mais ne peut encore ni s'habiller, ni lacer, ni nouer à cause de la maladresse de ses mains que nous sommes obligés d'envelopper de pansements à cause d'engelures ulcérées.

1898. La parole s'améliore, il s'intéresse à la lecture de nos mots imprimés, connaît toutes les lettres et les chiffres; établit une relation entre le chiffre et la quantité; il trace des bâtons sur l'ardoise.

1899. Il ne gâte plus le jour; les mains sont moins maladroites; arrive à lacer, boutonner, nouer et commence à s'habiller. Il syllabe et parvient à tracer quelques lignes et quelques chiffres au crayon.

1900. Amélioration très sensible pour la lecture et surtout l'écriture. Grâce au traitement persévérant des douches en pluie sur les mains malades, elles ne sont plus ulcérées et notre malade a pu enfin se servir de la plume.

1901. Il a la manie de collectionner les papiers. Le progrès scolaires continuent.

1902. Nous arrivons au résultat inespéré de la lecture courante.

1903. Il lit et comprend ce qu'il écrit; reproduit de mémoire sur son cahier un certain nombre de mots connus de lui, tels que les jours de la semaine, les mois de l'année; sait distinguer le masculin du féminin, le singulier du pluriel; fait l'addition avec retenues et la soustraction simple. Il écoute les leçons orales et répond aux questions qui lui sont posées. La parole est presque normale, il construit des phrases, il emploie les verbes et les pronoms; mais supprime encore souvent la syllabe finale muette des mots. La manie de collectionner les chiffons et les papiers existe encore.

Idiotie complète. — Wei.. (Suzanne), neuf ans et demi. Cette enfant, entrée à la Fondation en mai 1897, à l'âge de quatre ans, était atteinte d'idiotie complète, compliquée de rachitisme. Elle était gâteuse nuit et jour, ne marchait pas, ne disait que quelques mots : papa, maman, oui, non, en répondant aux questions qui lui étaient adressées. Elle ne pouvait ni s'habiller, ni se déshabiller; ne savait ni lacer, ni boutonner; elle était tout à fait incapable de se donner le moindre soin. Elle craignait l'eau, on avait toute la peine du monde à lui faire prendre un bain.

Le caractère de l'enfant était détestable et grognon, toujours de mauvaise humeur, indifférente à tout. Rien ne faisait présager de grands progrès, lorsqu'une vraie métamorphose s'est opérée en elle. Un développement autant physique qu'intellectuel s'est produit en peu de temps. La marche et la parole ont été très rapides; le gâtisme a complètement disparu; l'enfant se donne elle-même tous les soins de toilette nécessaires, se suffit à elle-même, et aujourd'hui elle aide même les petites qui ne savent pas s'habiller.

Le caractère est totalement changé, elle est joueuse, gaie, court de tous côtés comme un petit furet; en un mot, elle déploie une réelle activité en tout et pour tout.

Pour la classe, l'enfant n'est pas très avancée ; ceci provient de ce qu'elle a séjourné, plus de deux ans, au pavillon de l'isolement (teigne). Aujourd'hui elle est en très bonne voie d'amélioration. Elle aime l'école. quoique un peu turbulente, on constate de réels progrès ; elle assemble bien les lettres. Elle écrit, son écriture est lisible et assez bien formée, elle fait des copies, connaît et sait faire les chiffres. Ses progrès n'ont pas été moins rapides pour la couture, le repassage et la gymnastique. Elle travaille à la confection des robes, tabliers, pantalons ; repasse : mouchoirs, tabliers et suit avec facilité tous les exercices de la grande gymnastique. — Amélioration très notable.

Imbécillité à un degré très prononcé. — Rouss... (Elisabeth), dix-huit ans. On peut citer cette enfant comme notablement améliorée et prise à un degré très bas. Entrée en 1898, à l'âge de treize ans, elle ne savait absolument rien, ne connaissait même pas ses lettres, ne savait même pas tracer des bâtons sur une ardoise, ne savait même pas compter jusqu'à 10 ; elle connaissait la suite des nombres qu'elle intercalait dans les dizaines, mais il fallait la mettre sur la voie, en un mot l'enfant n'avait aucune instruction.

Comme caractère elle laissait beaucoup à désirer : elle était méchante avec ses compagnes, taquine, répondeuse et grossière vis-à-vis du personnel. Elle ne s'occupait en rien, n'était stable nulle part, ne se livrait à aucun soin du ménage. Vu son âge déjà avancé et ses mauvais penchants, elle ne laissait espérer que des résultats fort médiocres.

Un grand changement s'est opéré chez cette enfant, de même qu'un réel développement intellectuel. Au contact de ses compagnes et aussi par esprit d'émulation, l'enfant a pris goût au travail. Peu à peu, elle s'est intéressée à la lecture et aujourd'hui, elle lit couramment, écrit très lisiblement, fait quelques devoirs de grammaire, peut même suivre une petite dictée, écrit elle-même une lettre et connaît les deux premières opérations de l'arithmétique.

Comme caractère, elle s'est aussi notablement améliorée. Elle raisonne assez bien, tient compte des observations qui lui sont faites, comprend que c'est dans son intérêt personnel. Elle s'est beaucoup adonnée aux soins du ménage ; elle est assez minutieuse dans son travail, elle est stable et assidue. Elle fait très bien la gymnastique ; elle y a toujours mis de la bonne volonté, parce qu'elle savait très bien que cet exercice était nécessaire à son état (rachitisme). Vu les progrès réalisés, on a pu la placer comme petite bonne.

Idiotie complète; épilepsie. — Gauch... (Germaine), treize ans. Cette enfant est entrée à la Fondation à l'âge de deux ans et demi, atteinte d'idiotie ; parole et marche nulles, gâtisme complet. Elle avait aussi des *accès* et des *vertiges* assez nombreux ; elle a été traitée au bromure de camphre et à l'élixir poly-bromuré. Les accès et les vertiges ont peu à peu disparu, il s'en est suivi un grand développement physique et intellectuel. Elle a avancé rapidement en toutes choses, mais surtout au point de vue des exercices scolaires. Elle écrit lisiblement, suit une dictée, connaît les trois premières opérations de l'arithmétique ; elle donne une bonne intonation à la lecture, pour laquelle elle a un goût tout particulier, et passerait des journées entières à lire : tout l'intéresse, les historiettes enfantines, les livres de classe, voire même les journaux ; l'enfant lit en un mot tout ce qu'elle trouve sous sa main.

L'enfant raisonne bien, se rend compte de tout et paraît avoir un certain jugement. On prend plaisir à entendre ses conversations, elle aime bien qu'on l'écoute et qu'on s'occupe d'elle. Elle est du reste caressante et affectueuse, polie et prévenante envers le personnel. Elle possède même une certaine délicatesse de sentiments, ce qui se voit assez rarement chez nos enfants assistés.

Elle a fait des progrès en couture, fait tabliers et robes ; elle repasse bien, elle suit la grande gymnastique avec facilité et y apporte une attention soutenue. Le sentiment d'émulation est très développé chez elle.

Idiotie; épilepsie. — Lefebvre (Marguerite), neuf ans. Cette enfant est entrée à la Fondation en 1896, à l'âge de trois ans. Elle parlait peu, mais n'avait pas de défaut de prononciation. Elle gâtait nuit et jour, ne s'aidait en rien, elle restait immobile quand il s'agissait de l'habiller et de la déshabiller. Elle était presque toujours de mauvaise humeur, un rien la faisait pleurer, restait indifférente à tout.

Ses accès et vertiges survenaient par séries ; l'enfant, traitée au bromure de camphre et par l'hydrothérapie, s'est beaucoup améliorée. Elle tombe rarement aujourd'hui et n'a jamais plus de deux accès à la fois.

Il résulte de cette amélioration, un développement intellectuel très marqué. Son caractère s'est beaucoup modifié, elle n'est plus susceptible et maussade comme au début. Elle est devenue très gaie, très joueuse. On remarque chez elle beaucoup plus d'activité. Elle est propre nuit et jour, se donne tous les soins nécessaires, fait sa toilette avec minutie.

Les progrès au point de vue scolaire n'ont pas été moins rapides. Elle lit presque couramment, son écriture est lisible et bien formée. Elle fait des devoirs de grammaire, connaît l'addition, ébauche la soustraction. Elle commence à bien coudre, suit la grande gym-

nastique avec beaucoup de facilité. Elle a, en un mot, réalisé de réels progrès.

Idiotie. — Baudier (Louis), quinze ans. A l'entrée (1892) était gâteux. La parole était nulle, aucun son ne s'échappait de sa bouche. Il fallait, pour le faire marcher, le tenir par la main et le forcer à avancer, sans quoi il restait à la même place des journées entières, indifférent à tout ce qui se passait autour de lui. Il avait la physionomie triste, ne souriait jamais.

Actuellement (1903), il est complètement propre, s'habille, se déshabille, se nettoie et mange seul.

La parole s'améliore de jour en jour, mais on n'est pas encore parvenu à supprimer les vices de prononciation. Il commence cependant à interroger et à former des petites phrases. La compréhension est meilleure. B... devient prévenant envers tout le monde. Voit-il quelque chose d'anormal, vite, il vient prévenir; quand il questionne sur quelque chose qui lui semble drôle, il rit aux éclats.

En classe, il place bien les lettres et les chiffres, reconnait quelques lettres : exemple : a, e, i, o, u ; pour l'écriture, il est parvenu à former quelques lettres. A la gymnastique des échelles et des ressorts, il exécute passablement les mouvements.

La tendance de quelques-uns à se borner à hospitaliser simplement les idiots complets, les idiots profonds, est une faute grave, une erreur scientifique. Les documents que je viens de mettre sous vos yeux en fournissent la démonstration. La tâche, certes, exige une grande patience, une longue persévérance. Parfois même les personnes les plus expertes ont tendance à se décourager. Mais, en leur citant des exemples, elles reprennent courage et, à un moment donné, ont la récompense de leur persévérance et de leur dévouement.

Au point de vue clinique, le diagnostic *idiotie* peut être remplacé les progrès venant, par celui d'*imbécillité*, enfin, d'*arriération mentale*. Alors, là où il y a des *classes spéciales*, l'enfant pourrait sortir de l'asile où il était placé et suivre ces classes, avec ou sans secours, selon la situation sociale des parents. Il va de soi que, dans ces classes, on doit appliquer le traitement médico-pédagogique dont la partie ressort à ces *malades*, varier les occupations, alterner les *exercices physiques* (gymnastiques diverses, danse, courses, marches, rondes, etc.) avec les *exercices intellectuels* (leçons de choses, projections, etc.), faire chaque jour des promenades dans les jardins ou les squares publics [1], etc.

[1] Dont les arbres, les arbustes et les fleurs devraient porter des étiquettes, comme nous l'avons fait à Bicêtre et à la Fondation Vallée depuis plus de vingt ans, et à l'*Institut médico-pédagogique* (Vitry) depuis 1893.

Rappelons que, pour que le *traitement médico-pédagogique* donne son plein effet, il est indispensable qu'il soit appliqué le plus tôt possible, dès l'âge de deux ans, même auparavant, et que, plus on tarde, moins il est efficace.

Le Dr Foveau de Courmelles (de Paris). — Je féliciterai tout d'abord M. Bourneville de sa longue patience et de ses heureux résultats ; ceux-ci démontrent que le terrain humain, si réfractaire qu'il apparaisse *à priori*, est cependant très modifiable, mais qu'il y faut mettre le temps, les efforts, la persévérance voulus. Ensuite, je me permettrai de poser à M. Bourneville deux questions : 1° l'éducation en commun — quand je dis « en commun », j'entends de ces enfants arriérés entre eux — a-t-elle provoqué une sorte d'émulation, donné de meilleurs résultats que l'éducation séparée de ces pauvres êtres ? 2° les émotions de la grossesse ont-elles été trouvées dans l'étiogénie ? On sait, en effet, que M. Dareste a produit des monstruosités en secouant des œufs d'oiseaux en incubation ; d'autre part, chez beaucoup de neurasthéniques que j'ai eu à soigner, j'ai trouvé souvent, en dehors de leurs tares acquises, des émotions de la mère préparant déjà le terrain morbide. Aussi m'apparaît-il que les enfants arriérés doivent avoir des phénomènes semblables dans leur pathogénie.

M. Bourneville. — L'*éducation en commun* des enfants arriérés, entre eux, comme dit M. le Dr Foveau de Courmelles, est la meilleure pour eux. Il en résulte réellement une véritable émulation pour tous les exercices. Les moins favorisés du groupe essaient d'imiter leurs camarades. Souvent les plus favorisés cherchent à répéter à ceux-ci les leçons de choses. Il y a aussi avantage à placer un enfant plus malade entre deux enfants moins malades. Avec l'éducation individuelle, isolée, il n'y a ni émulation, ni imitation. L'éducation avec des enfants normaux est en général défectueuse, souvent nuisible, les arriérés étant de leur part l'objet de moqueries, de taquineries, de sévices qui ne font que les irriter et les pousser à des actes de violence.

A la seconde question, les émotions durant la grossesse ont-elles été trouvées, je répondrai par l'affirmative, à la condition toutefois qu'il s'agisse d'émotions vives, avec troubles physiques et intellectuels sérieux : lypothymies, syncopes, tremblement, cauchemars, obsession, la femme enceinte se représentant pendant plusieurs jours, quelquefois jusqu'à la fin de sa grossesse, la scène qui l'a émotionnée. Nul doute, à notre avis, qu'en pareil cas, il n'y ait retentissement sur le fœtus, et ce retentissement est d'autant plus prononcé que la grossesse est moins avancée. Nous avons rapporté de nombreux exemples de cette cause dans les Comptes rendus annuels de notre service.

Rachitisme et idiotie

Drs Bourneville et Lemaire. — Il y a coïncidence possible et assez fréquente du rachitisme et de l'idiotie. Existe-t-il alors un rapport entre les troubles de la nutrition que présente le rachitisme et son arriération mentale, et quelle est la nature de ce rapport ?

Des lésions nettes et non discutables de rachitisme se sont rencontrées chez 34 enfants de notre service, sur les 435 actuellement en séjour, soit une proportion de 8 p. 100 environ. Les malformations rachitiques trouvées ont été, par ordre de fréquence : le chapelet et les gouttières thoraciques, les déformations craniennes (nous n'avons pas rencontré de cranio-tabes), les malformations du squelette facial et du système dentaire. Nous avons enfin trouvé cinq scolioses rachitiques, six incurvations et applatissements des tibias, huit incurvations des diaphyses fémorales, deux génu-valgum. Les malformations du bassin ont été rencontrées deux fois. Nous avons eu un cas d'exostose ostéogénétique attribuable au rachitisme. Dans la plupart des cas, nos malades n'étaient pas des idiots probants, mais plutôt des imbéciles ou des arriérés.

Nous avons fait une autre constatation, leur arriération intellectuelle n'était généralement pas congénitale ; elle était acquise après la naissance. Les enfants avaient montré un esprit éveillé dans les premiers mois de leur vie et ce n'est que vers l'âge d'un an et demi à deux ans qu'étaient apparus chez eux les premiers signes de l'idiotie.

Dans la plupart des cas également, les antécédents héréditaires de ces enfants n'étaient pas chargés de tares nerveuses. Ces idiots ne semblaient pas être les aboutissants de familles de dégénérés. La plupart d'entre eux ne présentaient pas de multiples stigmates de dégénérescence.

Enfin, l'idiotie de nos sujets rachitiques s'était développée après une infection broncho-pulmonaire ou plus fréquemment après une infection gastro-intestinale et leur rachitisme était apparu simultanément, par conséquent il était également consécutif à ces mêmes infections.

On peut donc affirmer sans crainte d'erreur que le *rachitisme* et *l'idiotie* sont deux états qui peuvent avoir entre eux des rapports étroits. Ils relèvent quelquefois d'une même cause, ils peuvent être le résultat d'une même toxi-infection.

Voici, à l'appui, les photographies prises à différentes époques de deux de nos malades (Rouss.. et Wei..). Elles permettent de constater la réalité des lésions rachitiques [1]. Disons en passant que

[1] Voir dans le n° 91 (1903) des *Archives de Neurologie*, S. Garnier et Santenoise : *Note sur un cas de rachitisme congenital avec nanisme chez un enfant arriéré* (avec figures).

ces deux enfants ont été améliorés sous l'influence du *traitement médico-pédagogique* : les photographies mettent ce fait en évidence. Voici une description sommaire de chacun d'eux :

1° Rouss... (Elisabeth). — Cette enfant est atteinte de *scoliose* à double courbure. La courbure supérieure ou dorsale est à convexité droite. La courbure inférieure ou lombaire, plus accentuée est à convexité gauche. Vue de dos, on constate que les muscles rachidiens du côté gauche font saillie au niveau de la région lombaire. Du côté droit, au contraire, on constate un méplat. Les omoplates sont peu modifiées dans leur position ou dans leur forme. Cependant celle du côté gauche est plus saillante, surtout au niveau de son angle vif. Les triangles broncho-thoraciques sont inégaux, celui du côté droit est plus petit et a presque disparu.

Vue de face, on constate une saillie de la région costale droite, saillie correspondante à la bosse située à gauche et en arrière. Le bassin est incliné : l'épine iliaque droite est sur un plan plus élevé que l'épine iliaque gauche, et par suite, le membre inférieur droit paraît plus long que le gauche. Saillie de l'abdomen. Pli de la peau au niveau de la région sus-ombilicale. Les extrémités sont restées un peu grosses. Les condyles sont un peu gonflés.

2° Weiss... (Suzanne), neuf ans et demi. — A première vue, on pourrait ne pas croire que cette enfant a été rachitique. En effet, elle se tient bien sur ses jambes, n'a aucune déviation de la colonne vertébrale. Elle a l'air gai, répond avec intelligence aux questions qu'on lui pose.

Si on examine en détail les jointures de l'enfant, on trouve que les épiphyses inférieures du cubitus et du radius des deux côtés sont nouées et plus volumineuses que de coutume. Les condyles du fémur, surtout les condyles internes sont saillants. Les malléoles sont volumineuses et un peu irrégulières. Pas de pied bot, pas de genu valgum, pas de déformation de la hanche, les fémurs paraissent cependant un peu arqués. Le bassin semble normal. La colonne vertébrale n'est pas déviée : cependant on remarque un peu d'ensellure lombaire. Les omoplates ne sont pas proéminentes.

On sent au niveau des articulations chondro-costales de petites bosslures, léger chapelet rachitique. Les clavicules ont des courbures très accentuées, plus que la clavicule féminine ordinaire.

Le front est étroit, mais pas de bosses frontales, ni pariétales prononcées. Le crâne est aplati dans le sens transversal.

Pas de prognathisme. La dentition est très mauvaise. Les dents sont jaunes, crénelées. Les deux incisives latérales font défaut, la gauche apparait cependant. Les deux canines pointent, mais paraissent très irrégulières. Les prémolaires et molaires sont en très mauvais état. En bas, les quatre incisives et deux canines existent cannelées, irrégulières. De chaque il n'y a qu'une grosse molaire.

De l'idiotie mongolienne (Résumé).

Dr Bourneville. — L'idiotie mongolienne, décrite d'abord par Langdon-Down, Ireland, Fletcher Beach et Shuttleworth, est caractérisée principalement par la *physionomie mongolienne* ou kalmouk

Fig. 20. — Le Br...

des malades et par un *arrêt de développement physique*, compliquant *l'arrêt des facultés intellectuelles* (idiotie ou imbécilité). Elle semble fréquente en Angleterre, aux Etats-Unis, mais on la trouve dans tous les pays de race caucasique. Personnellement nous en avons observé une vingtaine de cas. En voici les principaux signes :

Tête petite, arrondie ; fontanelles fermées régulièrement ; front bas étroit, précocement ridé ; bord supérieur des orbites, sourcils,

paupières obliques. Ouverture palpébrale elliptique, fendue en amande. Paupières comme bridées, présentant parfois un repli semi-lunaire de la peau au-devant de l'angle interne des yeux (*Epicanthus*) qui contribue à rendre plus large encore la racine du nez. Strabisme assez fréquent. Le nez est court, légèrement aqui-

Fig. 21. — *Oreille mongolienne* (Le Br...).

lin. La bouche, plutôt petite, avec proéminence de la lèvre inférieure, est entr'ouverte, laissant voir la langue, un peu épaissie, à peu près toujours fissurée, hachurée. (*Langue mongolienne*). Dentition tardive. Voûte palatine ogivale. Sur neuf malades présents, un seul a des végétations adénoïdes, cinq des amygdales volumineuses, deux un peu grosses, deux normales. Les joues et le menton ont une coloration rouge. Les oreilles sont très petites, implantées un peu bas, assez finement ourlées, renversées en avant dans leur partie supérieure. Le lobule, très réduit, plutôt triangulaire est soudé (*Oreilles mongoliennes*). *Fig.* 20 et 21.

La figure est plate, arrondie. Les malades ont un air vieillot. Leur physionomie rappelle celle des Mongols. — Le cou est régulier; la glande thyroïde est perceptible.

Le thorax est un peu exigu; le ventre assez gros, sans hernies, complication habituelle chez les myxœdémateux. Les membres sont normaux; les pieds courts et larges, la *main idiote*, souvent avec une malformation particulière du petit doigt. (*Fig* 22).

Fig. 22. — Main idiote (Mongolienne).

La voix est fausse, aigre. Les organes génitaux et la puberté subissent leur évolution régulière. On note cependant des cas de cryptorchidie. Deux de nos malades ont été réglées régulièrement à dix ans et demi. Le pénil est garni de poils ; les seins sont bien développés. Le développement régulier de la puberté chez les mongoliens, garçons ou filles, contraste avec l'absence de puberté chez les myxœdémateux.

Tous les idiots mongoliens sont lymphatiques, ont un arrêt de développement de la *taille* : 7, 10, 28, 32 centimètres au-dessous de la taille moyenne à leur âge. Ils ont la manie de s'asseoir en tailleur ; aiment la musique, retiennent les airs, etc. Température à peu près normale, tandis qu'elle est toujours abaissée chez les myxœdémateux. — Cause de la mort : affections pulmonaires, surtout tuberculeuses. Dans cinq *autopsies :* glande thyroïde normale, persistance du thymus, simplicité des circonvolutions cérébrales qui offrent peu de plis de passage.

Mongoliens décédés.

NOMS	SEXE	AGE	POIDS de la glande thyroïde.	POIDS du thymus.	POIDS de l'encéphale.	POIDS du cerveau.
Dauto. . . .		5 ans[1]	»	»	945 gr.	850 gr.
Lousta.. . .		4 ans	6 gr.	5 gr.	965 »	860 »
Conné. . . .	F.	7 ans	7 »	5 »	845 »	730 »
Merci. . . .	F.	11 ans	12 »	5 »	1 012 »	900 »
Breg.. . . .		20 ans	6 »	»	1 198 »	1 055 »

[1] La famille n'a autorisé que l'autopsie du cerveau. — Dans ces cinq cas les hémiphères cérébraux étaient égaux ainsi que les hémisphères cérébelleux.

A l'examen histologique, d'après MM. Philippe et Oberthur, méningite fibreuse légère, sclérose portant sur la tunique externe des artères. Amincissement de l'écorce cérébrale intéressant aussi la substance blanche (*microgyrie*). Raréfaction notable des cellules. Gracilité du réseau d'Exner. Trame névroglique peu visible. Décoloration massive, uniforme, des circonvolutions (*dystrophie*). Abondance des vaisseaux de la substance blanche dont les parois sont très scléreuses et la gaine adventice dilatée. En résumé, processus dégénératif, avec lésions dystrophiques très avancées.

M. Bourneville montre des photographies des *mongoliens* à diverses époques, de leurs mains et de leurs oreilles; des photographies de *nains* (relatifs) *myxœdémateux*, *obèses* et sans myxœdème ou obésité et fait un *parallèle* détaillé entre ces divers groupes d'idioties avec nanisme [1].

Tous nos mongoliens, dit-il, ont été soumis au *traitement thyroïdien* (ingestion stomacale de glande fraîche du mouton). Tous ont vu leur taille s'accroître dans des proportions variables, alors qu'avant le traitement elle restait à peu près stationnaire. Voici un résumé du traitement chez cinq malades:

Premier cas. — Dour... (Maurice Ch.-Fr.), né le 30 mai 1892, est entré le 8 août 1901. Il avait onze ans.

[1] Voir sur l'idiotie mongolienne : Bourneville, *Traité de médecine* de Brouardel et Gilbert, p. 58; *Compte rendu de Bicêtre* de 1901, p. 136 (avec pl.). Examen histologique, par Philippe et Oberthur; *Compte rendu* de 1902, p. 3 à 30; avec planches, fig. et examen histologique. Aux indications bibliographiques que nous avons données, empruntées à la littérature anglaise, il faut ajouter : Neumann, *Au sujet du type Mongolien* (*Berl. Klin Wochenschrift*, 1899, n° 10). *La médecine pratique*, 1897-1903, *passim*.

Du 8 août (date de l'entrée), la taille qui était de 1 m. 16 ne varie pas jusqu'au début du traitement (10 avril 1902, c'est-à-dire pendant huit mois).

Durant le *premier traitement* (du 10 avril au 1er décembre 1902), la taille qui, au début, était de 1 m. 16, n'a monté à la fin du traitement qu'à 1 m. 165, soit le minime gain de 5 millimètres.

Durant le *deuxième traitement* (du 15 avril au 31 juillet), la taille monte progressivement et s'accroît à la fin du traitement de deux centimètres.

Les cartilages ne sont pas ossifiés. Le malade, actuellement âgé de onze ans, mesure 1 m. 185 ; la taille moyenne à son âge est de 1 m. 325 : d'où la *différence de 14 centimètres en moins.*

Cas II. — Sigur... (Louis G.), né le 3 octobre 1885 est entré le 16 décembre 1893. Il a dix-sept ans.

Durant le *premier traitement* (du 10 avril au 1er décembre 1902), la taille, qui au début était de 1 m. 28, a monté à 1 m. 31, soit une augmentation de 3 *centimètres*. Le poids, qui au début était de 27 kil. 300, est descendu à 25 kilos, soit une perte de *deux kilos trois cents grammes.*

Durant le *second traitement* (15 avril au 31 juillet 1903), la taille n'a pas varié ; quant au poids, il n'a perdu que 800 grammes.

Les cartilages de conjugaison ne sont pas ossifiés. Le malade, actuellement âgé de dix-huit ans, mesure 1 m. 31 ; la taille moyenne à son âge est de 1 m. 63. D'où différence en moins de 32 centimètres.

Cas III. — Volfin... (Georges), né le 29 juillet 1883, est entré le 11 octobre 1894. Il a vingt ans.

Durant le *premier traitement* (du 17 juin au 31 décembre 1903), la taille, qui au début était de 1 m. 38, a monté à 1 m. 41, soit une augmentation de 3 *centimètres*. Quant au poids, il est resté sensiblement le même, le malade n'ayant perdu qu'un kilogr. 200.

Dans le *deuxième traitement* (du 15 avril au 31 juillet 1903), le poids et la taille n'ont pour ainsi dire pas varié, Volf... n'a gagné que 5 *millimètres.*

La radiographie montre que ce malade, bien qu'âgé de vingt ans, n'a pas ses cartilages de conjugaison complètement ossifiés. Le malade, âgé de vingt ans, mesure 1 m. 415. La taille moyenne à cet âge est de 1 m. 67, d'où différence en moins de 25 cent. 1/2.

Cas IV. — Van de Cast... (Paul-Em.-Ad.), né le 12 février 1884, est entré le 14 juin 1899. Il a dix-neuf ans.

Durant un traitement de seize mois, la taille n'a gagné qu'un centimètre. La radiographie montre que les cartilages de conjugaison sont ossifiés. Le malade, âgé actuellement de dix-neuf ans et demi, mesure 1 m. 36. La taille moyenne à son âge est de 1 m. 66, d'où différence en moins de 30 centimètres.

Cas V. — Le Br... (Sainte-Marie), douze ans (*fig.* 20). *Premier traitement* (1er janvier-24 avril 1902), 0 gr. 50 à 1 gramme de glande. Accroissement de la taille : 2 centimètres. — *Sec nd traitemeno* (20 mai-20 août 1902). Mêmes doses : 2 centimètres — *Troisième traitement* (10 avril-30 juin 1903). Mêmes doses : 1 centimètre, soit 5 centimètres. — La malade mesure 1 m. 05, soit encore 30 centimètres en moins.

De la lumière en thérapeutique nerveuse.

M. Foveau de Courmelles (Paris). — Des recherches faites avec J. Luys, à l'hôpital de la Charité à Paris, en 1886-87, sur l'action des couleurs ont montré que les hypnotisés sont sensibles au rouge comme excitant et au bleu comme déprimant. Des observations dans la clientèle me montraient, dès 1890, que l'état de veille relevait des mêmes phénomènes et en 1891 j'appelai *Chromothérapie* la thérapeutique par les couleurs. La lumière totale, blanche, se montrait également anesthésique et calmante, sous la forme de lampes à incandescence éclairant les centres nerveux et combinée à la douche statique par le traitement de la neurasthénie (1893). Les bains de lumière complets avec caisse où l'on place le patient dont la tête seule émerge, sont d'excellents toniques de la moelle et rendent des services dans le traitement des myélites (1900). La lumière colorée est revenue également d'actualité dans le traitement de l'aliénation mentale. M. Douza calmait les agités dans des chambres bleues et relevait le moral des hypochondriaques dans les chambres rouges. (*L'année électrique* 1901.) Cependant, il y a lieu de tenir compte de certaines idiosyncrasies, car j'ai vu des névralgies faciales et des hypéresthésies cutanées céder en général au bleu, alors que d'autres, en minorité, étaient au contraire empirées par cette coloration, et l'on pouvait cependant constater que la lumière était active, car les radiations totales de l'arc voltaïque refroidi les calmaient instantanément. Les rayons X sont également puissants comme sédatifs de certains états douloureux ; il en est de même des effluves violettes des courants de haute fréquence calmant certaines névralgies. Il existe donc actuellement, dans la thérapeutique nerveuse, un grand nombre de faits d'utilisation de la lumière, pour la plupart empiriques, obtenus par tâtonnement, mais que l'on peut cependant commencer à coordonner et à classer.

L'action de la lumière sur l'organisme et son emploi en thérapeutique.

L. P. Joire (Lille) décrit les recherches sur les plantes et les animaux (Flammarion). Chez l'homme, les rayons lumineux agissent sur la circulation, sur la nutrition et sur le système nerveux. Les

rayons blancs activent la circulation superficielle, les rayons rouges ont une action plus profonde. Les rayons bleus et violets ralentissent la circulation. De même, la lumière blanche active la nutrition les rayons rouges agissent dans le même sens, mais d'une manière plus accentuée. Les rayons bleus et violets ralentissent au contraire la nutrition. En ce qui concerne le système nerveux, les rayons blancs et rouges favorisent la guérison des troubles trophiques ; les rayons bleus provoquent une sédation très prononcée. Enfin, les rayons lumineux exercent des actions très diverses dans les maladies du système nerveux ; on peut employer utilement, tantôt leur action sédative, tantôt leur action tonique et la combinaison des diverses couleurs offre des ressources d'une utilité incontestable pour le traitement des maladies nerveuses. Les rayons lumineux s'emmagasinent dans l'organisme, de sorte que leur action ne se borne pas à l'espace de temps pendant lequel le patient est soumis à l'influence.

Le trac des artistes et son traitement

L. P. Joire (Lille) définit le *trac : une phobie qui se manifeste, au sujet de l'accomplissement d'un acte extérieur, sous l'influence de la présence d'individualités diverses.*

Sujet. — La maladie évolue sur un terrain prédisposé (hystérie, neurasthénie, timidité, aboulie) ; des causes accidentelles peuvent aussi intervenir (hyperesthésie affective, dépression nerveuse, surmenage physique et intellectuel, chagrins, etc.). Les causes occasionnelles sont : le souvenir d'insuccès précédents, la présence de personnes supérieures ou antipathiques, etc. *Cause.* — La cause réside dans la crainte de l'infériorité vis-à-vis d'un public dont toute l'attention est fixée sur le sujet. *Objet.* — L'objet du trac est représenté par les différents arts ou professions s'exerçant sous l'œil du public (représentations, conférences, examens) *Effets.* — Les effets immédiats du trac sont : l'inertie cérébrale, diminution des perceptions sensorielles, l'indécision, l'aphasie, le bégaiement, l'amnésie, etc. Les effets éloignés consistent dans le pessimisme, l'aboulie, la misanthropie. *Traitement.* — L'hypnotisme est incontestablement le moyen de traitement le plus efficace : la suggestion doit autant que possible être faite dans le sommeil profond. Comme traitement adjuvant, on doit employer l'hydrothérapie, la photothérapie, un régime approprié.

Traitement mécanique des troubles viscéraux chez les tabétiques (crises laryngées, troubles de la respiration, de la digestion, de la miction, de la défécation.

M. Maurice Faure (Lamalou, Hérault). — Il y a lieu d'employer, dans le traitement des troubles viscéraux des tabétiques, les exer-

cices méthodiques, dans le but de corriger l'incoordination des muscles intéressés dans les fonctions thoraciques et abdominales. C'est, en effet, l'incoordination de ces muscles, qui amène les crises laryngées, par perturbation des réflexes glottiques, et des fonctions motrices respiratoires : — les troubles de la miction et de la défécation, dus à l'incoordination et à l'atonie des muscles de la paroi abdominale du plancher périnéal et du diaphragme ; — et enfin, pour une part, la difficulté des fonctions respiratoires et digestives, pour lesquelles l'intégrité des fonctions des muscles du thorax et de l'abdomen est nécessaire. Les exercices méthodiques, en reconstituant le rythme respiratoire, en rétablissant la tonicité des parois abdominales et la coordination des muscles du larynx, etc., amènent promptement l'amélioration et même la disparition de ces accidents, qui sont l'occasion ordinaire de la mort des tabétiques. En signalant l'action des exercices méthodiques sur les troubles des fonctions de nutrition, nous pensons signaler un fait dont l'importance thérapeutique sera plus grande encore que ne le fut l'action, aujourd'hui incontestée, des exercices méthodiques sur les fontions de relation (marche, préhension, écriture). En effet, la privation des fonctions de relation chez un tabétique ne compromet pas directement sa vie ; au contraire, la perturbation des fonctions respiratoires et digestives, les crises laryngées, l'irrégularité de la miction, compromettent des fonctions essentielles et vitales.

Pathogénie et pronostic du tabes

M. Maurice Faure (Lamalou, Hérault). — La syphilis n'exerce pas, dans la genèse et l'évolution du tabes, l'influence exclusive qu'on a cru pouvoir lui donner. D'autres infections, d'autres intoxications ou même simplement des chocs physiques ou moraux, le surmenage, les privations, ont droit, comme elle, à une part de responsabilité. On peut dire que, si la très grande majorité des tabétiques est antérieurement syphilitique, les accidents du tabes n'apparaissent souvent chez eux qu'à l'occasion d'autres infections et d'autres intoxications. Le tabes est très rare chez les femmes et relativement très fréquent chez les israélites. Presque tous les tabétiques sont des gens d'affaires d'une grande activité, dont le surmenage est habituel. Sans tenir compte des traitements suivis, on peut dire que, dans 60 p. 100 des cas, le tabes s'arrête dans les premiers symptômes, ou évolue avec une telle lenteur que la vie du malade en est à peine diminuée. C'est dans 30 p. 100 des cas seulement qu'il peut porter le nom de progressif et mériter le fatal pronostic qui a découragé autrefois la thérapeutique. Il évolue alors, selon les descriptions classiques, en sept années environ. Cinq p. 100 des tabétiques guérissent d'une façon complète cliniquement. Un nombre égal, 5 p. 100, subit au contraire une évolution

rapide et fatale, avec fièvre et signes infectieux. C'est une forme fébrile de tabes qui n'a pas encore été décrite, et qui dure quelques mois, ou à peine 1 an à 2 ans.

Résultats du traitement hydrargyrique chez les tabétiques

M. Maurice Faure (Lamalou, Hérault). — Les cas d'amélioration ou de guérison du tabes par le traitement hydrargyrique, récemment publiés, sont peu nombreux. D'autre part, nous savons que, dans 60 p. 100 des cas, le tabes a une tendance spontanée aux arrêts et aux dégressions. Si l'on recherche quels sont les symptômes qui s'améliorèrent au cours de cures mercurielles, on constate que ce furent d'abord les douleurs (symptômes éminemment variables et transitoires) et l'incoordination, que presque toutes les thérapeutiques médicamenteuses. autrefois tentées, puis abandonnées, avaient aussi paru améliorer. Il n'y a donc pas de raisons suffisantes d'affirmer que la thérapeutique antisyphilitique agit *habituellement* bien dans le tabes. D'autre part, de statistiques publiées en collaboration avec les Drs Belugou et Cros, sur 2 500 cas, il résulte que le pourcentage des améliorations et des guérisons est sensiblement le même chez les tabétiques qui ont subi un traitement mercuriel, et chez ceux qui n'en ont subi aucun. Enfin, le nombre des cas où la thérapeutique antisyphilitique s'accompagne d'aggravation, est beaucoup plus grand que le nombre des cas où la même thérapeutique s'accompagne d'amélioration. Il n'y a pas intérêt à distinguer entre le traitement antisyphilitique par les anciennes méthodes et le traitement mercuriel intensif par les formules modernes, car les statistiques montrent que les améliorations ne sont pas plus nombreuses avec les nouveaux procédés qu'avec les anciens, et qu'au contraire, les aggravations sont plus nombreuses Il y a donc lieu de craindre que le traitement antisyphilitique du tabes ne justifie pas la confiance qu'on lui a témoignée, à plusieurs reprises, en se basant d'ailleurs sur des vues de pathologie générale et d'anatomie pathologique, beaucoup plus que sur des faits thérapeutiques. La recrudescence de faveur, que lui vaut l'emploi des doses intensives, paraît devoir être passagère. Cependant, comme le traitement antisyphilitique paraît avoir réussi quelquefois, comme il joue peut-être un rôle préventif, et qu'il est sans doute pour quelque chose dans l'atténuation générale du pronostic du tabes, il y a toujours lieu de le tenter, mais en sachant l'arrêter, lorsqu'il est évident qu'il devient nocif, ou lorsque de longs essais l'ont démontré inutile.

Traitement mécanique des paraplégies spasmodiques.

M. Maurice Faure (Lamalou, Hérault). — Les paraplégies spasmodiques sont, incontestablement, un des états paralytiques qui ont

le moins bénéficié jusqu'ici de la thérapeutique. Il est donc intéressant de les voir s'améliorer sous l'influence d'un traitement mécanique. Beaucoup de paraplégies spasmodiques, après s'être installées insidieusement en quelques mois, sous des influences indéterminées, restent indéfiniment stationnaires, sans que l'état général du sujet s'altère, et sans qu'il apparaisse de nouveaux troubles. Il y a peu d'amaigrissement, pas d'atrophies, pas de véritables paralysies, mais seulement un état de contracture plus ou moins accentué, intéressant la plus grande partie des muscles des membres inférieurs. Il en résulte que le sujet, tout en conservant sa santé, marche avec les plus grandes peines, ou même ne marche pas du tout, et présente les signes classiques de paraplégie spasmodique. Ce sont ces états qu'il est possible d'améliorer dans des proportions si considérables que la vie sociale du sujet est totalement changée. Pour cela, il faut une première période de mobilisation passive, qui peut durer de quelques semaines à plusieurs mois, dont la technique varie souvent et ne peut guère être conduite et appliquée que par le médecin. Cette première période de mobilisation est suivie d'une deuxième période de rééducation, pendant laquelle il faut réapprendre au paraplégique assoupli à se servir des muscles dont il a oublié l'emploi. Au cours de la cure, le massage et l'électrisation peuvent aussi être dirigés sur les muscles insuffisamment nourris. Il va sans dire que cette thérapeutique ne peut être appliquée aux paraplégies spasmodiques liées à une lésion en évolution, surtout quand les mouvements peuvent réveiller des douleurs ou des contractures (par exemple : le mal de Pott). Il s'agit seulement de paraplégies dont le foyer peut être considéré comme cicatrisé.

Répartition géographique des bègues.

M. Chervin, directeur de l'Institut des Bègues de Paris, fait une communication sur la répartition géographique du bégaiement d'après la statistique des jeunes gens exemptés du service militaire à cause de cette maladie. La statistique de M. Chervin embrasse une période de cinquante années, de 1850 à 1900 et comme il y a, en moyenne, mille conscrits exemptés, chaque année, pour cause de bégaiement, elle porte donc sur 50.000 sujets environ. Il résulte du travail de M. Chervin que le bégaiement est beaucoup plus fréquent dans le midi que dans le nord ; comme il fallait s'y attendre le bégaiement suit exactement la même distribution géographique que les maladies nerveuses en général.

Sur le traitement sérothérapique du goitre exophtalmique d'après la méthode de Ballet et Enriquez.

M. Hallion (de Paris). — Depuis que MM. Ballet et Enriquez ont imaginé de traiter la maladie de Basedow par des principes em-

pruntés à des animaux éthyroïdés, nombre d'auteurs ont appliqué des variantes de leur méthode, avec des résultats intéressants. Les principes actifs qui sont ici en cause ne sont pas déterminés chimiquement et l'on ignore comment ils se répartissent, dans le sang des animaux opérés, entre les éléments figurés et le sérum. C'est pourquoi nous avons pensé. Carrion et moi, que la meilleure préparation pharmaceutique serait celle qui, d'une part, respecterait au maximum les substances les plus instables du sang, et qui d'autre part, emprunterait aux éléments figurés, aussi bien qu'au sérum, leurs produits solubles, physiologiquement actifs, tels que les ferments. Après divers essais, nous avons donné la préférence aux préparations glycérinées, qui représentent des extraits à la fois très complets et très stables.

Un phénomène palpébral constant dans la paralysie faciale périphérique.

MM. Dupuy-Dutemps et Cestan. — Dans quinze cas de paralysie faciale périphérique, que nous avons examinés depuis quatre ans, nous avons observé le phénomène suivant : lorsque le regard du malade se dirige en bas, la paupière supérieure s'abaisse en même temps que le globe oculaire, tout en restant cependant plus élevée que celle du côté sain. Dès lors si, dans cette attitude, on commande au malade de fermer fortement les yeux, on voit aussitôt la paupière du côté paralysé s'élever très notablement au-dessus de cette position antérieure. Ce fait en apparence paradoxal est d'autant plus net que la paralysie de l'orbiculaire est plus complète. Un mouvement analogue, mais moins étendu, s'observe à la paupière inférieure qui s'élève pendant l'occlusion et se déprime dans les regards en bas. Ce phénomène s'explique très simplement par les liens anatomiques (expansions aponévrotiques) qui unissent les paupières aux muscles droits supérieur et inférieur et les rendent dans une certaine limite solidaires de leurs mouvements. Pendant l'occlusion volontaire et énergique des paupières, normalement, le globe de l'œil se convulse en haut. Dans les cas de paralysie faciale il entraîne et relève dans son mouvement la paupière supérieure qui n'est plus maintenue par la contraction de l'orbiculaire; il l'abaisse quand il se dirige en bas. Il en est de même pour la paupière inférieure. Le même fait se produit d'ailleurs à l'état normal, quand les yeux sont clos, mais il est alors plus difficilement appréciable. Sur un sujet qui dirige au commandement ses yeux en haut et en bas sous les paupières fermées, on voit nettement la ligne des bords palpébraux réunis s'élever et s'abaisser en même temps que les globes oculaires. Mais alors ces mouvements accessoires et secondaires sont diminués et en partie masqués par la prédominance d'action de l'orbiculaire, tandis qu'ils deviennent très manifestes lorsque ce muscle est paralysé.

Acrocyanose et crampe des écrivains

MM. E. Brissaud, L. Hallion et H. Meige (de Paris). — Un sujet atteint de crampe des écrivains présente en même temps une cyanose permanente des extrémités supérieures. Le malade, un garçon de seize ans et demi, est, depuis son enfance, le plus capricieux des écrivains; il a toujours pris des habitudes bizarres, forcées; actuellement, en écrivant, ses doigts, sa main, son bras se raidissent et plus il écrit, plus cette « crampe » s'exagère. Les caractères qu'il trace sont, tantôt réduits à un point, tantôt amplifiés et agrémentés de paraphes et de fioritures. Il semble que ce garçon ait la prétention constante de remplacer les lettres usuelles par des caractères graphiques étranges, imprévus. Ceci cadre d'ailleurs avec sa tournure d'esprit; il est naïvement vantard et se targue d'une originalité exceptionnelle; ne songe qu'à surprendre, à émerveiller autrui. Ses fantaisies scripturales sont un véritable cabotinage graphique; au lieu de laisser sa main tracer automatiquement les caractères appris, il s'ingénie à découvrir des modifications toujours nouvelles; de là les lettres et les paraphes abracadabrants. Mais il n'y réussit pas toujours; c'est alors qu'il s'arrête, fait un point, un accent, ou même un trou dans le papier; comme il ne peut trouver sur-le-champ une innovation suffisamment imprévue à son gré, il renonce tout simplement à écrire. Par contre, lorsqu'il veut calligraphier un mot, ou lorsqu'il fait un dessin, sa main se comporte à merveille : Aucune hésitation, aucune bizarrerie. Le phénomène d'arrêt qui se produit à l'occasion de l'écriture courante semble donc bien sous la dépendance d'une intervention corticale. Les « crampes des écrivains » de ce genre sont comparables aux tics par leur nature et leur pathogénie; elles offrent surtout des analogies avec certains bégaiements.

En même temps que ce phénomène d'arrêt, on remarque que les deux mains sont d'une coloration violacée, froides et comme engourdies. La pression du pouce sur la peau détermine une tache blanche qui s'efface lentement; le sang accède donc difficilement aux capillaires. L'examen pratiqué avec le pléthysmographe de Hallion et Comte a confirmé ce fait. Le pouls capillaire ne devient visible qu'après une immersion prolongée des mains dans l'eau chaude et l'influence vaso-dilatatrice de la chaleur se fait sentir beaucoup plus tardivement que chez un sujet normal.

On peut interpréter de trois façons la coïncidence de l'acrocyanose et de la crampe des écrivains : 1° le trouble vasculaire est la cause immédiate des désordres moteurs; 2° les désordres moteurs ont déterminé le trouble vasculaire; 3° les deux symptômes relèvent à une cause unique. Cette dernière interprétation est acceptable, si l'on suppose que l'acrocyanose est d'origine corticale au même titre que les troubles moteurs. La physiologie enseigne en

effet que l'excitation corticale produit des réactions vaso-motrices; on conçoit donc la possibilité d'un spasme vasculaire d'origine corticale. En outre, la pathologie a fait connaître depuis longtemps les troubles vaso-moteurs des sujets porteurs d'une lésion exclusivement corticale (hémiplégiques); d'autre part, l'hystérie réalise des troubles vaso-moteurs dont la disparition rapide sous l'influence de la seule « persuasion » est la preuve de leur origine corticale. Enfin, en dehors de l'hystérie, d'autres perturbations corticales sont parfaitement capables de produire des désordres vaso-moteures (névroses vaso-motrices).

En somme, dans le cas actuel, la crampe des écrivains et l'angiospasme paraissent bien être sous la dépendance d'un trouble cortical. Le déséquilibre psychique évident du sujet ne peut que confirmer cette hypothèse.

Tics des lèvres, chéilophagie, chéilophobie.

M. Henry Meige (de Paris). — Les muscles des lèvres prennent part à un grand nombre d'actes fonctionnels; ils coopèrent notamment à la mastication et à la mimique. Aussi les tics des lèvres sont-ils extrêmement communs : moues, succions, pincement, rictus de toutes sortes. Les lèvres jouent aussi un rôle dans les fonctions de la respiration, de la phonation ; on voit ainsi des tics des lèvres compliqués de bruits respiratoires et laryngés. Mais en dehors des tics proprement dits, qui se distinguent par leur caractère convulsif, les lèvres sont encore l'occasion et le siège d'habitudes motrices intempestives dont la plus fréquente est la cheilophagie.

Les « mangeurs de lèvres » sont certainement aussi nombreux que les « rongeurs d'ongles », et se recrutent dans la même catégorie de névropathes et de déséquilibrés que ces derniers. Les mêmes causes d'ailleurs entraînent les habitudes onychophagiques et chéilophagiques. L'abondance et la délicatesse des terminaisons sensitives dans les régions unguéales et labiales expliquent la multiplicité et l'acuité des incitations qui en partent, et dont chacune peut être l'occasion d'une réaction motrice. Chacun de ces mouvements, provoquant à son tour une sensation nouvelle, excite, chez un prédisposé friand d'impressions sensitives, le désir de recommencer. Par la répétition, l'acte passe à l'état d'habitude; le besoin de l'exécuter devient de plus en plus impérieux; sa non-satisfaction s'accompagne d'une véritable souffrance. Et comme sa volonté est trop fragile et trop versatile pour opposer une longue résistance, le chéilophage, comme l'onychophage, finit toujours par céder à la tentation. La chéilophagie s'observe surtout dans le jeune âge. Son point de départ est généralement une excoriation labiale, plus souvent encore les gerçures causées par le froid.

Les pellicules d'épiderme soulevé provoquent une sensation désagréable que le sujet cherche à faire disparaître par un frottement de la langue ou une morsure des dents, dont l'effet dépasse le but, en augmentant l'érosion. et en même temps la douleur. Mais il recommence dès que celle-ci s'est atténuée. Certains, au lieu de mordre leurs lèvres, préfèrent les gratter avec leurs ongles, ce qui ajoute aux inconvénients de cette mauvaise habitude, les dangers de l'infection. Quel que soit le procédé, il a pour résultats une tuméfaction des lèvres accompagnée ou non de petites plaies saignantes ou croûteuses. La chéilophagie est justiciable des mêmes procédés de traitement que toutes les habitudes intempestives. La surveillance des parents suffit parfois à l'enrayer. Elle disparaît en général à l'âge adulte, où elle est souvent remplacée chez l'homme par une habitude similaire, la trichophagie, acte de manger les poils de la barbe, ou par l'acte de friser, jusqu'à les briser, les poils de la moustache.

On peut donner le nom de chéilophobie à une variété de nosophobie, dont voici un exemple curieux. C'est un jeune homme de vingt-six ans, tiqueur, fils de tiqueur, frère de tiqueur. Clignements d'yeux, reniflements, froncements des sourcils et du front, tics des lèvres, hochements et secousses de tête, haussements d'épaule, coups de pied, bruits respiratoires, petits cris, il a eu toute cette succession de tics variables.

Au mental, c'est un scrupuleux; il fut obsédé par la crainte du péché pendant toute la durée de ses études dans un établissement religieux; il eut l'obsession de toucher et de déplacer certains objets; il est maniaque dans ses habitudes journalières. Outre ces particularités mentales, il présente un enfantillage de l'esprit qui se manifeste par de la naïveté et de la versatilité des idées (infantilisme psychique). Vers l'âge de dix-neuf ans, ce garçon s'aperçut un jour que sa lèvre inférieure était couverte de petites pellicules blanches. Il prit plaisir à les arracher; le lendemain, il constata avec surprise qu'elles avaient reparu; il consulta un médecin qui ordonna une pommade. Celle-ci ne lui ayant paru faire aucun effet, il se mit en quête d'autres topiques. Au cours d'une consultation, le mot d'eczéma fut prononcé; dès lors le malheureux se crut obligé de suivre un régime des plus sévères : plus de viande rouge, plus de charcuterie, plus de poisson, plus de vin, etc., il ne se nourrissait guère que de lait et d'œufs. Les repas devinrent pour lui un supplice, autant par la difficulté de sélectionner les aliments, que par la peur d'irriter ses lèvres, avec la fourchette, la cuiller, les mets solides ou les boissons. Enfin il n'osa même plus rapprocher ses lèvres l'une de l'autre. Et non seulement il fut obsédé par la crainte des dangers, auxquels l'exposait sa prétendue « maladie des lèvres », mais il avait peur de la transmettre. Il redoutait d'embrasser ses parents. La présence de tics nombreux,

l'absence de tout caractère pathologique de ces excoriations labiales permirent de supposer qu'il s'agissait d'une espèce de nosophobie. Le jeune homme tenait constamment ses lèvres entr'ouvertes ou s'efforçait de ne pas les mettre en contact l'une avec l'autre; il projetait en avant et même il renversait sa lèvre inférieure, de telle sorte qu'une grande partie de la muqueuse restait toujours au contact de l'air; de là une dessication, bientôt suivie de desquamation. Ni pour parler, ni pour manger, ni en aucune autre circonstance la lèvre inférieure n'était humectée par la salive. Cela suffisait à expliquer la sécheresse, la rugosité de l'épiderme et les sensations de raideurs, de cuisson signalées par le malade, amplifiée d'ailleurs par la préoccupation constante des dangers auxquels il se croyait exposé. Les tics furent rapidement améliorés par la discipline psychomotrice. Au bout d'un mois ils avaient presque complètement disparu. La chéilophobie ne tarda pas à disparaître également.

En expliquant au malade la conformation normale et le fonctionnement des lèvres, on parvint à lui faire comprendre toute l'absurdité de l'habitude qu'il avait prise. Il se décida à rapprocher ses lèvres l'une de l'autre, à les humecter avec sa salive, à les mettre en contact avec les aliments, les boissons, etc. Les pellicules épidermiques, les croûtelles, ce soi-disant « eczéma séborrhéique » des lèvres, disparurent avec l'habitude vicieuse qui les provoquait. Ce résultat dissipa ses préoccupations nosophobiques. Dès lors, le malade fut transfiguré; il se décida à vivre comme tout le monde, à manger de tout, à parler sans s'imposer de ne pas rapprocher ses lèvres. En pareil cas, la meilleure psychothérapie consiste à dire la vérité; car les idées fixes ont souvent pour point de départ des idées fausses. Il faut rechercher ces dernières et s'efforcer d'en démontrer la fausseté, non point seulement par des paroles, mais à l'aide d'expériences qui nécessitent la collaboration active du malade et dont les bons résultats lui font reconnaître l'absurdité de ses phobies.

Sur la mesure du tonus musculaire.

MM. G. Coustensoux et A. Zimmern. — La question du tonus musculaire a été dans ces dernières années l'objet de nombreux travaux, l'appréciation de ce tonus fait maintenant partie de l'examen des malades nerveux et pourtant nous n'avons pas de moyens de mesurer le tonus. L'insuffisance du procédé employé en clinique et consistant à évaluer la résistance passive opposée par les muscles et l'étendue des déplacements réalisés lors des mouvements provoqués est évidente. Les appareils construits par quelques auteurs (Muschens, Mosso), sous le nom de tonomètres sont passibles de divers reproches quant à leur principe et à leur

exécution. Le myophone de Rondet de Paris est un instrument ingénieux et intéressant, mais le maniement en est délicat et les résultats qu'il fournit sont difficiles à interpréter. La question de la mesure du tonus reste donc à résoudre.

Nous avons entrepris d'enregistrer par la méthode graphique les secousses musculaires fournies par des muscles sains sous l'influence des divers modes d'excitation électrique et de les comparer aux courbes correspondantes fournies par des muscles dont le tonus est altéré. L'identité entre les unes et les autres s'est montrée complète, mais ce résultat négatif était intéressant à constater parce qu'il prouvait que les muscles examinés, s'ils étaient modifiés dans leurs tonus, n'étaient ni dystrophiques ni dégénérés. Nous avons alors été amenés à rechercher le nombre des excitations à la seconde, nécessaires pour provoquer le tétanos musculaire. Ici au contraire nous avons constaté des différences qui nous ont paru être en rapport avec l'état du tonus. 1° Chez les sujets sains et pour un muscle déterminé, le nombre des excitations nécessaires pour amener le tétanos présente des variations appréciables, mais comprises entre certaines limites, en sorte qu'on peut établir des chiffres moyens servant de formes de comparaison. 2° En cas d'hypotonie, le nombre des excitations nécessaires a toujours été notablement supérieur à la moyenne des sujets sains. Deux cas seulement faisaient exception, mais les malades correspondants présentaient des caractères cliniques tout spéciaux. 3° Chez les hypertoniques, les chiffres trouvés ont toujours été faibles, un peu inférieurs à la moyenne des sujets sains. De ces faits nous sommes amenés à conclure que le nombre des excitations nécessaires pour provoquer le tétanos musculaire peut suivant les cas présenter des écarts et que ceux-ci sont en rapport avec l'état du tonus : ce nombre augmente quand le tonus diminue, il s'abaisse quand le tonus s'élève.

Si nous ne pouvons pas dire encore que nous disposions d'un moyen rigoureux de mesure du tonus musculaire, cette relation nous a néanmoins paru mériter d'être signalée.

Paralysie générale juvénile.

M. Lalanne (de Bordeaux) communique une observation avec examen histologique concernant un *paralytique général juvénile* ayant présenté une fracture spontanée des os de la jambe au début de l'affection.

M. Marie, à propos de la communication de M. Lalanne, appelle l'attention sur les fractures spontanées des paralytiques. Il en rapporte un cas personnel où dix fractures se reproduisirent sous l'influence de causes futiles chez un hérédo-syphilitique, mor paralytique. Ces cas de dystrophies précoces des os chez ces futurs

paralytiques semblent déceler une dystrophie du squelette relevant de diapédèse particulièrement marquée dans le tissu osseux, comparable à l'altération trophique ultérieure de l'encéphalite paralytique.

Séance du 4 aout.

Les congressistes se sont rendus à Spa par le train de 7 h. 30. Ils ont été reçus par M. Damseaux, bourgmestre, et les Drs Schaltin, Guilleaume, Delneuvillé, Wybauw et Poskin. Après une très intéressante conférence faite par M. le Dr Wybauw au Casino, sur *Spa, son histoire, ses eaux et leur action*, les congressistes ont déjeuné par petits groupes.

La séance s'est ouverte à deux heures au Salon de conversation du Parc, sous la présidence de M. le Dr Tortichkine (de Kharkow). La parole a été donnée tout d'abord à M. le Dr Giraud, de Rouen.

Note sur les aliénés processifs.

M. A. Giraud (Saint-Yon). — Il existe une catégorie d'aliénés persécutés-persécuteurs, qui, au lieu de chercher à se faire justice par eux-mêmes, en réagissant directement contre leurs prétendus persécuteurs, s'adressent aux tribunaux de leur pays, dénonçant ceux qu'ils considèrent comme leurs ennemis, allèguent des faits graves, parfois avec une grande apparence de vérité, mettent en mouvement les magistrats et apportent un véritable acharnement à faire multiplier les poursuites. L'auteur de cette note dit que ces aliénés sont bien connus et il relate deux cas où il a été appelé comme expert à examiner des individus ayant, sous l'influence de leur délire, multiplié des dénonciations reconnues mal fondées.

Sur la forme la plus habituelle des troubles de mentalité qui se produisent au cours des maladies des cavités naso-pharyngiennes.

M. Royet, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Lyon. — De très nombreuses observations de troubles nerveux, en relation avec les maladies du nez, ont été publiées. Parmi celles-ci un certain nombre ont rapport à de véritables délires. Les maladies qui les ont causées, comme aussi la forme du trouble mental, étaient diverses. Cependant, si on met à part celles dont le délire n'a que la signification d'un accident psychique post-opératoire et celles où l'élément infectieux prend la première place, on reconnaît qu'il existe une forme à peu près cons-

tante. C'est cette forme que présentent, avec des variations d'intensité, les malades qui font l'objet d'une série de neuf observations résumées succinctement ci-après :

Ire Obs. — M. X..., trente-huit ans. Polypes muqueux ignorés jusqu'à l'examen, troubles mentaux assez accentués, obnubilation intellectuelle, retard de toutes les opérations psychiques, difficulté d'attention, léger état de rêve, mal de tête, angoisse, anxiété et idées mélancoliques très accentuées.

Guérison par l'ablation des polypes.

IIe Obs. — M. B..., trente-deux ans. Rhino-pharyngite chronique avec aggravation récente à la suite d'une grippe. Impossibilité de s'appliquer longtemps à un travail sans déterminer des accès d'angoisse et des sensations de constriction de la gorge, hypocondrie et neurasthénie consécutives à la persistance de ces symptômes. — Guérison rapide par le traitement local.

IIIe Obs. — Mme D..., quarante-cinq ans. Empyème maxillaire persistant après une grippe. Obnubilation intellectuelle, pensée pénible, asthénie très prononcée. Retour à l'état normal par guérison de l'empyème.

IVe Obs. — Mme J..., trente-deux ans. Rhinite hypertrophique légère, symptômes d'obstruction nasale très accentués pour le moindre froid. Mal de tête, sensation de plénitude du crâne, angoisse, parfois état de demi-rêve, impossibilité de diriger la pensée. Guérison temporaire immediate par application de médicaments vaso-constricteurs et plus définitive par réduction des cornets au galvano-cautère.

Ve Obs. — Mme F..., trente-cinq ans. Légères crises d'hydrorrhée nasale Au moment de la période congestive qui précède l'écoulement, impossibilité de faire une lettre, un calcul, attention impossible à fixer, sensations de plénitude de la tête et douleurs. Tous les symptômes précédents disparaissent avec l'établissement de l'écoulement.

VIe Obs. — Garçon, treize ans. Végétations adénoïdes légères, pas de surdité. Insuffisance mentale, ne peut suivre les cours de son âge, est toujours le dernier de sa classe. Agitation incessante, sans but, instabilité mentale, mouvements choreiformes. L'adénotomie fait disparaître l'agitation, les mouvements choréiformes, l'enfant devient attentif et apprend plus facilement.

VIIe Obs. — Garçon, treize ans. Végétations adénoïdes abondantes. Cas à peu près identique au précédent, sauf que, après une première guérison, une rougeole amena un gonflement prononcé et persistant du tissu adénoïdien resté dans la caverne. Les symptômes nerveux réapparurent et guérirent par une seconde adénotomie.

VIIIe Obs. — P... Garçon, douze ans. Sténose au niveau de la cloison cartilagineuse; rien dans la caverne. Agitation incessante. instabilité mentale. Disparition de ces symptômes après rétablissement de la perméabilité nasale.

IXe Obs. — Mlle X..., dix-neuf ans. Végétations adénoïdes très prononcées chez une faible d'esprit congénitale ou par lésion des centres nerveux dans la première enfance. Agitation incessante: tics variés de salutation et autres; inattention absolue. Après opération, disparition immédiate de l'agitation; l'attention est relativement facile, la malade devient docile.

La pathogénie de ces troubles mentaux peut s'expliquer : 1° par des modifications de la sensibilité générale ou spéciale : obsession de la douleur, de la céphalée en particulier, si fréquente au cours des maladies du nez, interprétations erronées de sensations olfactives réelles ou subjectives;

2° Pour des réactions réflexes : directement, par action vasomotrice sur les centres nerveux, action réflexe démontrée expérimentalement; indirectement, par réaction secondaire des fonctions qu'une excitation de la muqueuse du nez a pu troubler : appareils respiratoire, circulatoire, génital, etc.

3° Par les influences réciproques qui peuvent se produire entre les organes du nez et les enveloppes du cerveau par suite de leurs rapports de voisinage et de leurs communications vasculaires. sanguines et lymphatiques.

4° Par l'insuffisance respiratoire qui amène de l'anémie, de l'asthme, de l'angoisse, etc., et qui a sur la digestion une influence néfaste. Les troubles dyspeptiques peuvent aussi secondairement accentuer les modifications psychiques.

La marche des psychoses consécutives aux maladies du nez, à moins d'une durée trop longue, est, en général, liée à l'évolution de celles-ci. Elles disparaissent ensemble après un traitement convenable.

Le diagnostic présente une certaine difficulté liée à ce que les maladies du nez sont souvent latentes ou qu'elles ne déterminent que des sensations localisées en dehors des cavités naso-pharyngiennes. Elles doivent donc être cherchées, surtout si la psychose qu'on observe revêt le type habituel au cours des maladies du nez.

Ce type est caractérisé par :

1° Une légère obnubilation intellectuelle et une incapacité marquée de diriger les opérations mentales dont les conséquences sont : l'impossibilité de saisir rapidement la signification des excitations venues de l'extérieur ou de l'intérieur. C'est ce qu'on a désigné sous le nom de défaut d'attention et qui est plutôt une asymbolie passagère. Une très grande difficulté à réveiller immédiatement les images de mémoire. L'absence de frein à la céré-

bration automatique qui détermine une sorte d'état de rêve. Une sensation de dépression physique et morale très accentuée.

2° Enfin, une sensation d'angoisse constante qui, chez l'adulte, détermine, à l'état de veille, de l'anxiété et de l'irritabilité, une tendance mélancolique et, pendant le sommeil, des rêves pénibles et des cauchemars, qui, chez l'enfant, se traduit surtout par de l'agitation sans but et des phénomènes moteurs chorée, tics, etc., et aussi par des troubles du sommeil, agitation, frayeurs nocturnes, etc.

Etude comparative de la fatigue au moyen de l'ergographe et des ergogrammes, chez l'homme sain, le neurasthénique, le myopathique et dans l'atrophie musculaire névritique.

MM. Gilbert Ballet et Jean Philippe. — Des études que nous poursuivons sur la fatigue étudiée au moyen de l'ergographe de Mosso et des ergogrammes, nous détachons quelques résultats préléminaires que nous désirons communiquer au Congrès. Ces résultats ont été obtenus en combinant l'ergogramme d'épuisement de Mosso avec l'ergogramme de Maggiora, rythmé de dix secondes en dix secondes de façon à permettre l'élimination totale de la fatigue chez le sujet normal. Dans ces conditions, sur un individu sain, on constate, en faisant travailler l'index jusqu'à la fatigue complète, que la hauteur du tracé exprimant l'énergie de la contraction va en s'abaissant progressivement (ergogramme de Mosso). Quand cette hauteur approche de 0, si l'on espace la contraction de l'index de dix secondes en dix secondes, on voit que le muscle fléchisseur non seulement récupère sa puissance d'action, mais cesse de se fatiguer. Les tracés de chacune de ces contractions espacées (ergogramme de Maggiora) sont sensiblement de même hauteur, chez les neurasthéniques myélasthéniques, au contraire, après le tracé d'épuisement, analogue à celui du sujet sain, l'ergogramme de Maggiora (contractions espacées de dix secondes), permet de constater que le muscle ou bien ne récupère que très lentement sa puissance d'action, ou bien, loin de la récupérer, continue à se fatiguer. Les tracés successifs, dans ce dernier cas, bien qu'espacés, vont en s'abaissant à mesure qu'ils se succèdent. Chez les myopathiques, chez les malades affectés d'atrophie névritique, les choses se passent très différemment et se rapprochent de ce qui a lieu à l'état normal. Après le tracé d'épuisement (dont le niveau général, à cause de l'atrophie musculaire, est moins élevé, cela se conçoit, que le niveau du tracé de l'individu normal) le tracé des contractions espacées montre que le relèvement de la courbe est rapide et soutenu comme à l'état sain. Ces résultats constituent un nouvel argument en faveur de l'opinion, d'après laquelle la fatigue, chez les neu-

rasthéniques, a son origine dans le système nerveux central, non dans le muscle. Il y a dans ce fait un moyen éventuel de contrôle en médecine légale en ce qui concerne la simulation de la neurasthénie traumatique.

Mlle Iotekko rappelle à ce propos les recherches qu'elle a faites et dont les résultats coïncident avec les précédents. Elle appelle l'attention sur le compte à tenir des excitants artificiels (alcool par exemple), qui peuvent modifier et écourter le temps de réparation normal de la fatigue évalué à dix secondes.

Mandrin pour faciliter l'introduction de la sonde œsophagienne chez les aliénés.

M. Serrigny (Marsens, Suisse). — L'intervention chez les aliénés sitiophobes a soulevé de nombreuses controverses pour savoir quelle était la meilleure méthode : la voie nasale ou la voie buccale. Pour ma part, après avoir employé les deux méthodes, j'ai fini par adopter à peu près systématiquement la voie buccale, à cause des inconvénients du trajet naso-œsophagien et de l'emploi des sondes de petit calibre. A cet effet, je me sers d'une sonde œsophagienne ordinaire, de gros calibre. Pour l'introduire, j'ai fait construire un mandrin métallique formé d'un fil d'acier de 1 millimètre de diamètre environ enroulé sur lui-même en tire-bouchon de façon à constituer un tube dont tous les tours de spire se touchent. Il est plus long que la sonde, d'un diamètre inférieur, et glisse facilement dans son intérieur. Il est légèrement élastique dans son axe, très flexible dans tous les sens, beaucoup plus que la tige de baleine, qu'il surpasse en solidité. Pour augmenter sa rigidité dans certains cas, on peut introduire dans son intérieur une petite tige d'acier. Ce mandrin ne risque pas de transpercer la sonde, de blesser les parois œsophagiennes. Grâce à lui, la sonde traverse *absolument seule, sans le secours du doigt indicateur*, l'isthme pharyngien. Lorsqu'on l'a franchi, on maintient en place le mandrin en continuant de faire descendre la sonde jusqu'à l'estomac, puis on achève de retirer le mandrin. La manœuvre est des plus simples. On objectera qu'il faut ouvrir la bouche du malade. Avec un peu de patience on y arrive facilement en général. Il suffit d'avoir un écarteur très solide, agissant lentement et dont les extrémités soient interchangeables, selon les sujets et leur dentition, tantôt minces, tantôt larges. Je n'ai ainsi jamais rencontré de difficulté insurmontable ni brisé de dents, même en mauvais état. L'introduction de la sonde est des plus simples, rapide, réduisant au minimum les chances d'accident et de pénétration dans la trachée (je ne l'ai jamais vu). Et l'on peut administrer au malade une nourriture très variée jusqu'à consistance de crème épaisse surtout si l'on emploie une poire de caoutchouc pour don-

ner de la pression au liquide. Les résultats que j'ai obtenus depuis deux ans ne sont pas à comparer avec ceux que donnait la sonde nasale.

M. le Dr Sizaret rappelle le procédé préconisé par son père dans le Dictionnaire de Dechambre et par lequel la voie nasale est préférable et sûre. Pour lui, vingt années d'expérience l'ont confirmé dans sa préférence pour la voie nasale et l'emploi de sondes de calibre relativement fin. MM. Marie, Anglade, Trénel et Toutichkine se rangent à cet avis.

Troubles psychiques dans un cas de sclérose en plaques.

M. Lannois (de Lyon). — Les troubles intellectuels légers (optimisme, dépression mélancolique, etc.) sont la règle dans la sclérose en plaques. Il est rare de les voir s'exagérer et devenir le symptôme le plus saillant de l'affection. C'est un cas de ce genre que Lannois rapporte.

Un homme de vingt-six ans présente une sclérose en plaques typique ayant débuté à dix-sept ans après une scarlatine (tremblement classique, nystagmus, parole scandée, exagération des réflexes, etc.). Assez brusquement, sans troubles psychiques antérieurs bien marqués, il se présente de l'*érotomanie*. Il se met à parler de somatisation, c'est-à-dire de la guérison des maux les plus divers par l'application des organes génitaux loco dolenti, se dit doué de ce pouvoir, se livre à la masturbation, s'introduit des sondes dans l'urèthre, et le rectum, etc. Quelques mois plus tard il présente du *délire de persécution* et finalement *des idées de grandeur* et de richesse, parle de ses maisons, fait des testaments, etc.

Ces troubles sont très voisins de ceux que l'on rencontre dans la paralysie générale, aussi l'erreur a-t-elle été commise plusieurs fois dans les deux sens, la sclérose en plaques ayant été prise pour de la démence paralytique et inversement.

Ces troubles peuvent s'expliquer par l'extension et la généralisation des plaques aux lobes frontaux, par leur présence sur le corps calleux ce qui rompt la synergie fonctionnelle des hémisphères (Dupé, etc.), ou plutôt par l'existence des lésions histologiques qui ont été décrites dans les méninges, l'écorce grise (névroglie, cellules) et même la substance blanche par Philippe et Jonès.

Il faut aussi faire intervenir dans la pathogénie des troubles présentés par ce malade l'existence de tares névropathiques familiales et la présence d'une albuminurie légère, mais persistante, indice d'une néphrite ascendante d'origine blennorrhagique probable.

M. Anglade regrette que la ponction lombaire n'ait pas été faite.

M. Raviart rapporte à son tour un cas observé et autopsié dans le service de M. Keraval, et où la sclérose en plaques fut combinée à la paralysie générale.

Erythromélalgie suivie de gangrène des extrémités avec autopsie.

MM. Lannois et A. Porot (de Lyon). — L'association de l'érythromélalgie et de la maladie de Raynaud est un fait rare en clinique (cas de Mills, Potain, Morel-Lavallée, L. Lévi). En voici un nouvel exemple intéressant par l'autopsie qui a pu être faite.

Une femme de cinquante-cinq ans présentait depuis quatorze ans des phénomènes d'érythromélalgie limités à la main gauche. A la suite de deux petites attaques sans perte de connaissance, elle est d'abord une monoplégie du bras, puis une hémiparésie gauches. A ce moment, la vaso-dilatation de la main fit place à de l'asphyxie locale qui s'étendit simultanément aux deux pieds, tout en étant plus marquée à gauche. Peu à peu le gros orteil gauche se sphacéla et s'élimina. La plaie était en voie de guérison lorsque la malade succomba.

A l'examen, outre le ramollissement cérébral et la sclérose descendante, on trouva, à la partie supérieure de la moelle dorsale et à la partie inférieure de la moelle cervicale, une disparition très nette des cellules de la colonne latérale gauche ou trachéo intermedio-latéralis de Clarke ainsi que des petites cellules de la base de la corne postérieure. Celles qui persistent présentent l'aspect évident d'une atrophie à évolution lente. Il n'y a pas de lésions marquées des nerfs périphériques.

Après avoir passé en revue les diverses théories de l'érythromélalgie (nerveuse, médullaire, cérébrale, névropathique) et tout en tenant compte des incertitudes de l'origine du sympathique, les auteurs croient pouvoir attribuer aux lésions médullaires observées les phénomènes vaso-moteurs de longue durée presentés par leur malade. On sait en effet que c'est aux lésions de cette région que l'on a attribué les troubles vaso-moteurs et sécrétoires du tabes (Pierret), de certaines tumeurs de la moelle (Seeligmüller) et de la syringomyélie (Grasset, Marinesco, etc.).

Sur la pathogénie des obsessions morbides.

M. Serge Soukhanoff (Moscou). — Les processus psychiques obsédants sont les manifestations d'une organisation neuro-psychique particulière et congénitale (*constitution idéo-obsessive*) ; ils peuvent s'exprimer en forme de représentations obsédantes, d'idées obsédantes, de peurs obsédantes ou phobies, de désirs obsédants, etc. ; ils sont multiples chez un seul et même individu et jamais isolés ; quelques-uns de ces processus morbides peuvent prévaloir sur les autres. La constitution idéo-obsessive peut se

manifester de différentes façons : 1° ses formes légères s'expriment par *un caractère scrupulo-inquiet ;* 2° dans des cas plus graves, cette constitution se manifeste par des idées obsédantes, des phobies, etc. (*psychopathie*) ; 3° les cas encore plus graves s'expriment sous la forme de psychose, d'idées obsédantes (*psychose idéo-obsessive*). Il va sans dire qu'il existe un grand nombre de formes transitoires se rapprochant l'une ou l'autre de ces trois catégories susmentionnées. Sur le terrain de la constitution idéo-obsessive peuvent être observées des aggravations, sous l'influence de divers états physiologiques (période de puberté, période d'involution, processus puerpéral, etc.), et pathologiques (combinaison avec la mélancolie, surmenage, épuisement, etc.). Parfois, ces exacerbations semblent dépendre de causes endogènes quelconques. L'hérédité homogène et tuberculeuse joue ici un grand rôle. La constitution idéo-obsessive se combine très souvent avec le syndrome neurasthénique et s'accompagne de diverses anomalies sexuelles, mais ces dernières ne sont pas la cause de la maladie en question. Outre les processus psychiques obsédants qui servent de manifestation à la constitution idéo-obsessive, existent encore des processus obsédants symptomatiques, qui peuvent être observés dans différents états psychopathiques (hystérie, épilepsie, démence précoce, etc., etc.). Entre les premiers et les seconds, il y a une différence, pareille à celle qui existe, par exemple, entre la mélancolie et les états mélancoliques. La constitution idéo-obsessive se rencontre, semble-t-il, plus souvent chez les hommes que chez les femmes, qui à leur tour sont plus prédisposées à l'hystérie (*Soukhanoff et Gannouchkine*). Il est possible qu'il faudrait élargir les limites de la constitution idéo-obsessive (*G. Rossolimo*), en y incluant les tics psychiques (*Meige et Feindel*) et certains cas de névrose d'angoisse (*Freud, Hartenberg*). Il serait nécessaire de séparer la constitution idéo-obsessive du vaste groupe des « dégénérescences psychiques » et d'en faire une entité morbide particulière.

Contribution à la classification des monstres encéphaliens. Rôles physiologiques du bulbe chez ces monstres.

MM. A. Leri et Cl. Vurpas. — Nous avons eu l'occasion d'examiner en détail le système nerveux de quatre anencéphales. Deux étaient nés morts et avant terme, l'un à sept mois et demi, l'autre à huit mois et demi ; les deux autres étaient nés vivants et après terme, ainsi qu'il arrive dans l'anencéphalie, ce qui tient probablement à l'absence de compression de la tête sur le segment inférieur de l'utérus ; cette naissance après terme, à dix et onze mois, était prouvée à la fois par l'époque des dernières règles, par le poids énorme des fœtus (4.300 grammes dans un cas, malgré l'absence de tête, alors que le poids moyen d'un enfant normal à la

naissance est de 3.000 à 3.500 grammes) et par le développement exagéré des points d'ossification, en particulier par le gros développement du point épiphysaire inférieur du fémur qui d'ordinaire débute à l'époque de la naissance. Nous avons constaté que les deux sujets nés après terme et vivants (l'un d'eux a même vécu trente-neuf heures) possédaient un bulbe, mais non les parties sus-jacentes. Les très rares cas contraires de monstres n'ayant pas de bulbe et nés vivants que nous avons trouvés dans nos recherches bibliographiques remontent à une époque déjà reculée et prêtent à discussion, car leur histoire est racontée de façon différente par les divers auteurs et parfois même opposée. Nos deux monstres venus avant terme et nés morts n'avaient pas de bulbe. Ces constatations nous permettent de penser que le bulbe est la partie du système nerveux nécessaire et suffisante pour satisfaire aux actes vitaux élémentaires du nouveau-né, et que le système ganglionnaire n'est nullement suffisant, comme on l'a prétendu, à la vie extra-utérine. Comme les altérations de la moelle nous permettent de penser que l'éclatement de l'hydrocéphalie infectieuse, cause à notre sens de l'anencéphalie, remontait déjà à une période éloignée, et comme d'autre part l'état de conservation parfaite des fœtus indiquait que la mort remontait à peu de temps, comme même chez l'un d'eux les bruits du cœur avaient été entendus le jour de l'accouchement, nous pensons que le bulbe n'est pas nécessaire au développement fœtal, jusqu'à une période très tardive de la vie intra-utérine ; peut-être devient-il nécessaire pour la continuation de cette vie jusqu'à la fin de son terme normal et plus probablement, jusqu'au delà de son terme ? Le système ganglionnaire seul ne paraît de la sorte pas devoir suffire, comme on l'a prétendu, à l'existence de la vie extra-utérine. Par conséquent le bulbe joue, croyons-nous, un rôle physiologique de premier ordre dans l'évolution biologique des anencéphales. Il nous semble donc nécessaire de faire appel aux données de la physiologie dans la classification purement anatomique de Geoffroy Saint-Hilaire, admise jusqu'ici, et de donner une place à côté des anencéphaliens et des pseudencéphaliens, qui n'ont ni moelle, ni cerveau, et de ceux qui n'ont qu'une moelle, aux sujets qui possèdent un bulbe et que nous proposons de dénommer *bulbanencéphales*.

Troubles de la sensibilité dans les états neurasthéniques et mélancoliques.

Professeur Dubois (Berne). — Une hyopesthésie dans le domaine de la huitième paire cervicale ou de la première dorsale a suffi à certains cliniciens pour confirmer le diagnostic de paralysie générale. C'est là une erreur. Au cours des psycho-neuroses on rencontre des troubles analogues. Trois cas de neurasthénie ayant

présenté des anesthésies ainsi que des modifications des réflexes et suivis néanmoins de guérison.

Principes d'une psychothérapie rationnelle.

Professeur Dubois (Berne). — La psychothérapie qu'exerce le médecin ayant du tact et de la bonté est vieille comme le monde. La psychothérapie par hypnotisation est à rejeter parce qu'elle exploite et entretient la crédulité humaine d'ordre psychologique inférieur. Ce que l'on obtient par l'hypnose, on peut l'obtenir par la persuasion loyale, par l'éducation de l'esprit, par l'orthopédie morale. C'est là la psychothérapie rationnelle. Il faut donner confiance au malade en lui montrant, par un examen méthodique, qu'il n'a pas de lésions organiques, qu'il guérira. Il faut l'encourager moralement. L'affection psychique doit être guérie par un traitement psychique. C'est aussi l'opinion de Pinel.

La visite des sources de Spa a été faite ensuite et les Congressistes ont été reçus en un banquet final offert par la municipalité de Spa. Tous les congressistes conserveront le meilleur souvenir de leur réception à Spa, tant de la part de la municipalité que de leurs confrères qui ont mis la plus grande complaisance à les guider et à les renseigner. (*A suivre.*)

Bourneville.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 27 avril 1903. — Présidence de M. Ballet

Rôle des organes internes dans l'évolution et la constitution de la vie mentale.

Le Secrétaire général donne lecture, au nom de M. Prou, d'une communication sur le rôle des organes internes dans l'évolution et la constitution de la vie mentale, d'où il résulte que les organes interviendraient pour une part importante dans les actes psychiques. Il ne saurait, en effet, en être autrement, puisque la vie végétative régit la nutrition des centres nerveux supérieurs comme celle de tous les autres systèmes.

Sur un cas de délire de Médiumnité.

MM. Ballet et Dheur communiquent l'observation d'un malade qui a été en proie à un délire des plus intenses, reposant unique-

ment sur des troubles cérébraux en tout point analogues à ceux que l'on observe chez les médiums ; l'état mental des « aliénés » de ce genre semble n'être que l'exagération, le grossissement de l'état mental propre à tous les médiums.

Lorsqu'on etudie, en effet, au point de vue de sa physiologie pathologique, l'état mental d'un médium, on voit qu'il résulte d'une désagrégation plus ou moins complète de la personnalité avec intervention des phénomènes subconscients et hallucinations consécutives.

Que le médium fasse marcher une table, qu'il écrive automatiquement, qu'il entende une voix, il attribue toujours à un être imaginaire des phénomènes dont la plus grande part revient à une personnalité seconde qui existe en lui et qu'il ignore.

Or, ce qu'on observe chez les médiums, c'est aussi ce qu'on observe considérablement grossi chez des médiums (semblables à celui de l'observation) qui obéissant aveuglement à l'esprit, fait des tentatives : suicide et homicide, se livrent à des actes extravagants les plus variés et passent avec raison pour de véritables aliénés. Cependant, il n'y a aucune différence fondamentale entre le trouble mental et celui des médiums ordinaires.

Délire hallucinatoire, avec idées de persécution, consécutif à des phénomènes de médiumnité.

MM. Ballet et Monier-Vinard donnent lecture des remarques suivantes : Chez le malade dont l'observation a été présentée, aux phénomènes ordinaires de l'état médiumnique (communication avec les esprits, écriture automatique) se sont surajoutées : des hallucinations extrêmement intenses de tous les sens, et plus particulièrement de la vue et de l'ouïe. Leur variété, leur mobilité sont extrêmes. Mais en outre, la tendance au dédoublement de la personnalité consciente qui caractérise tout médium s'est progressivement accentuée, et maintenant le malade rappelant en cela le visionnaire Sovedenborg, effectue de nombreux voyages dans les astres. Il parcourt surtout la planète Saturne, et par écrit, il donne le récit de ses excursions, décrivant le pays, le langage, les mœurs de ses habitants. Des idées de persécution se sont développées aussi. La débilité mentale du sujet est le facteur étiologique de tous ces troubles.

M. Ballet fait remarquer combien cette observation est intéressante au point de vue de la psycho-physiologie des médiums.

M. Boissier a observé un cas analogue dont il donnera la description complète dans une séance ultérieure.

M. Christian. — Les observations de médiumnité ressemblent toutes, plus ou moins, aux observations de démonomanie publiée par Esquirol, Michéa, Calmeil et qu'on retrouve dans la Vie des

Saints. Si les demonomaniaques n'allaient pas visiter Saturne, ils allaient au Sabbat ce qui est un voyage de même nature.

M. Ballet partage l'opinion de M. Christian. Ce qui est à retenir de l'observation communiquée, c'est que chez les médiums, il y a une grande tendance à la désagrégation de la personnalité, ce qui détermine des hallucinations des divers sens.

L'œdème fugace dans la Paralysie générale.

MM. Klippel et Vigouroux présentent trois observations de paralytiques généraux, qui bien que n'étant ni cachectiques, ni cardiaques, ni brightiques, ni diabétiques ont présenté de l'œdème fugace.

Cet œdème fut unilatéral occupant chez l'un la jambe, chez un autre il était symétrique et de même siège ; chez le troisième, il occupait les deux jambes et se manifesta au niveau du dos des deux mains. C'était un œdème mou, blanc, indolore gardant l'empreinte du doigt. Il fut intermittent, d'une durée de trois à cinq jours. La station debout a semblé une condition favorable à son développement, la marche et le repos le faisaient disparaître.

Les trois observations se rapportent à des paralytiques généraux avérés à une période peu avancée de leur maladie.

Quelle est donc l'origine de cet œdème, les auteurs écartent l'œdème inflammatoire, l'œdème cardiaque, brightique, diabétique, l'œdème cachectique ne peut être mis en cause. Chez les paralytiques généraux à la période de cachexie, l'œdème permanent s'accompagne d'un ensemble de troubles vaso-moteurs et trophiques dus à l'altération des centres nerveux.

Cet œdème précoce montre une défaillance intermittente du système nerveux et traduit l'action de l'infection sur les centres vaso-moteurs, qu'elle se fasse sentir dans les ganglions du sympathique, dans la moelle, dans le bulbe ou au niveau même de l'écorce cérébrale.

La précocité de l'apparition de l'œdème permet même d'admettre qu'il faut rapporter ce symptôme à l'encéphalite et que le point de départ de la vaso-paralysie est dans l'écorce au niveau des centres moteurs des membres.

La physiologie n'y contredit pas ; on sait, en effet, que les centres moteurs des membres sont susceptibles d'influencer la circulation des mêmes parties.

Il est logique d'admettre que avant d'être atteint dans son entier, le système vaso-moteurs est d'abord altéré dans ses centres les plus fragiles, de même que dans le système de la vie de relation ce sont les muscles striés dont les mouvements sont les plus délicats qui sont les premiers atteints (muscles des lèvres et de la face, doigts, etc.) Plus tard les vaso-paralysies s'accusent jusque

dans les viscères en produisant le foie, le rein, le poumon vaso-paralytiques.

M. Toulouse pense que l'interprétation de ces faits est la même que celle des cas de dermographisme qu'on observe parfois dans la paralysie générale.

M. Trénel a communiqué dernièrement l'observation d'une malade chez laquelle un œdème transitoire avait précédé la paralysie motrice des deux bras.

M. Arnaud ne croyait pas qu'on pût constater ce symptôme au début de la paralysie générale ; mais il l'a observé très fréquemment à des périodes plus avancées de la maladie. Marcel Briand.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

L'hérédité influencée.

M. Podiapolsky (de Saratow). — rapporte de nombreux faits d'impressions maternelles sur le fœtus; il discute la part d'auto-suggestion qri peut entrer dans les faits dits de télégonie chez l'homme et chez l'animal.

Troubles utérins guéris par la suggestion hypnotique; observations d'orthopédie morale.

M. Bourdon (de Méru). — La puissance dynamogénique ne doit pas être seulement réservée aux maladies nerveuses et mentales; elle a sa place dans le traitement de certains troubles fonctionnels des divers organes, aussi bien qu'en pédagogie et en orthopédie morale. On ne saurait trop recommander la psychotérapie dont les applications s'étendent sans cesse.

Le trac des artistes et son traitement hypnotique.

M. Paul Joire (de Lille). — Etudie la psychologie du trac chez les artistes; il en expose les modalités. les causes, les aboutissants; il montre par de nombreuses observations que le traitement héroïque du trac des artistes est la suggestion hypnotique.

M. Berillon. — Je traite, moi aussi, depuis fort longtemps, le trac des artistes par la suggestion hypnotique. J'applique à ce sujet une méthode rigoureuse dont voici les temps principaux :

1° Provoquer l'état d'hypnotisme, c"est-à-dire un état physiologique caractérisé par la diminution des diverses activités de l'esprit et par l'augmentation de l'automatisme psychologique.

2° Procéder par des suggestions d'ordre général à la rééducation de la volonté du malade et à la formation de son caractère.

3° Réaliser par des suggestions particulières la représentation mentale des conditions dans lesquelles se manifeste le trac.

4° Lorsque ces suggestions ont reproduit artificiellement l'état anxieux, neutraliser les images génératrices de l'anxiété et arriver à accoutumer l'esprit à les supporter sans émotion.

Considérations psychologiques sur l'hystérie dans l'armée.

M. Lux. — Expose le tact, la méthode, la précision et l'humanité que déploient les médecins militaires en présence d'un soldat hystérique et les moyens de traitement efficaces qu'ils mettent en œuvre.

Le traitement psychologique du bégaiment mental.

M. Berillon. — Un grand nombre de névropathes se plaignent d'éprouver une grande difficulté à écrire quand on les regarde. Ils n'arrivent à tracer les caractères de l'écriture qu'après des hésitations très pénibles. Il nous a paru qu'il y avait une analogie très marquée entre ce bégaiement de l'écriture, c'est-à-dire du langage écrit et le bégaiement du langage parlé.

L'état de conscience dans lequel se manifestent ces troubles nerveux repose sur deux éléments principaux : l'aboulie et l'émotion. Le bégaiement est mental avant d'être moteur.

Le seul traitement rationnel de ces états de conscience est la suggestion hypnotique tendant à la réduction systématique de la volonté.

Communications diverses.

M. Jules Voisin. — Un cas d'hémiplégie hystérique datant de cinq ans. Guérison par la suggestion hypnotique. M. Paul Magnin. — Interprétation d'états hyonotiques survenus spontanément chez les hystériques. M. Henry Lemesle. — Organisation du hypneum. M. Pau de Saint-Martin. — Présentation d'un appareil pour l'hypnotisation. M. Doyen. — L'état mental des opérés. M. Demonchy. — Paralysie vésicale, de nature hystérique traitée avec succès par une intervention suggestive. M. Aragon. — Psychopathies d'origine utérine. M. de Bourgade. — Influence des fermentations digestives sur le caractère et les états mentaux.

BIBLIOGRAPHIE.

XV. *Psychopathologie légale*, T. I : *La psychologie criminelle;* par le professeur Kovalevsky. Paris, Vigot frères, 1903.

Ce livre est nouveau et correspond à un besoin résultant de l'évolution actuelle de la science pénale : il est conforme aux données modernes de la psychiatrie criminelle. L'auteur s'est constamment préoccupé dans le choix des matières des besoins des lecteurs, médecins, neuropathologistes, magistrats, anthropologistes, que leurs travaux amènent à faire une incursion sur le domaine de la médecine légale et de la psychologie criminelle.

Ce n'est qu'un premier volume, mais il en aura d'autres afin de comprendre tout ce que la science criminaliste revendique comme son domaine. Avant d'énumérer les principaux chapitres constatons que le texte est parfois un peu confus; on eût aimé à voir des développements moins importants qui empêchent parfois de saisir franchement les conclusions de l'auteur. Mais ce ne sont que des critiques insignifiantes en comparaison des documents de premier ordre amassés dans ces 350 pages, où sont successivement étudiées les questions suivantes : Chapitre I. Evolution de la théorie du criminel-né. — Chapitre II. Causes de la criminalité. — Chapitre III. Symptomatologie générale de la criminalité. — Chapitre IV. Symptomatologie spéciale de la criminalité. — Chapitre V. L'homme criminel assassin. — Chapitre VI. Les criminels-nés voleurs. — Chapitre VII. Le vagabondage. — Chapitre VIII. La femme criminelle et la fille publique. — Chapitre IX. La pathologie de la criminalité. — Chapitre X. L'insanité morale. — Chapitre XI. Caractère hystérique. — Chapitre XII. Caractère épileptique. — Chapitre XIII. La lutte contre la criminalité.

G. Paul-Boncour.

XVI. *Ueber die Wirkunger der Castration*, par P. J. Möbius (de Leipzig). *Beiträge zur Lehre von den Geschlechts-Unterschieden*, 1903.

L'auteur trace un tableau intéressant et complet des différentes *modifications amenées par la castration.*

Une première partie, consacrée à l'*Historique*, nous montre l'origine de la castration dans les premiers âges (castration des vaincus, des esclaves, des animaux domestiques), chez les premiers chrétiens, chez les Arabes et les Chinois, en Italie; les rapports des voyageurs dans l'Inde, en Chine et en Egypte sont rapprochés

de l'étude de Pelikan sur les Skoptzys (Voir l'intéressant article de E. Teinturier, sur les Skoptzy. *Progrès médical*, 1876, basé précisément sur l'étude de Pelikan) et des effets bien connus, et variant suivant l'âge du sujet, de la castration chirurgicale, telle qu'on la pratique de nos jours. Enfin une étude étymologique des différents termes concernant la castration (Eunuque, Thladios ou Thlibios, Castor, etc.) et de leur signification précise termine cette première partie.

Dans la seconde partie se trouvent exposés les différents *effets de la castration* : les modifications des organes génitaux, — du squelette, — de la graisse, — de la peau et de ses dépendances, — des muscles, glandes et viscères, — du larynx, — du crâne, de l'encéphale et des fonctions intellectuelles sont soigneusement et tour à tour étudiés chez les hommes, chez les femmes et chez les animaux.

Plus particulièrement nous retiendrons le chapitre concernant les *modifications du squelette* chez les eunuques, les femmes et les animaux, auxquels les travaux récents de P. E. Lannois et Pierre Roy sur le gigantisme infantile et la persistance des cartilages de conjugaison en rapport avec l'atrophie testiculaire (Soc. de Biologie, 10 janvier 1903) donnent un intérêt d'actualité.

L'auteur rappelle les faits bien connus des grands eunuques aux longues jambes, observés par les voyageurs, les mensurations des Skoptzy (Merschejewsky), des squelettes d'eunuques (Ecker), et l'allongement du train postérieur obtenu sur les animaux par la castration de convenance ou expérimentale (Poncet). Déjà Becker avait parlé du retard d'ossification des cartilages, cause de cet allongement disproportionné des membres postérieurs ; mais c'est surtout Sellheim qui constata chez un bœuf de près de quatre ans l'existence d'un cartilage d'environ deux millimètres à l'extrémité inférieure du fémur, alors que chez un taureau de même race et de même âge l'ossification était complètement achevée. Sellheim également a obtenu un allongement semblable du train postérieur chez les chiennes castrées.

Tous ces faits ont été confirmés expérimentalement par Poncet et ses élèves (Pirsche. *Thèse de Lyon*. Déc. 1902) et cliniquement par les études de P. E. Lannois et Pierre Roy sur les géants infantiles.

P. R.

REVUE DES THÈSES DE BORDEAUX 1902

Par le Dr de Perry.

XVII. *Névroses et paludisme;* par le Dr Comméléran.

Le paludisme est uni par des liens étroits, aux névroses : hystérie, épilepsie, neurasthénie.

Le paludisme pourrait, d'après l'auteur, amender une hystérie

préexistante, mais cette action serait tout à fait exceptionnelle. Il peut aussi réveiller l'hystérie latente ou l'aggraver si elle est en cours de manifestations. Enfin il peut provoquer l'éclosion de cette névrose chez des sujets jusqu'alors indemnes, qui sont des prédisposés névropathes, dont quelques-uns ne présentent aucune tare héréditaire ou personnelle. Cette hystérie paludéenne jouerait un rôle dans la production de quelques paralysies post-paludiques et de certains accès pernicieux convulsifs.

Dans l'épilepsie, le paludisme peut amener la suspension momentanée ou même définitive des accès. Il peut aggraver une névrose bénigne, et même réveiller une épilepsie latente endormie depuis des années. Le rôle de l'infection paludique serait même plus néfaste car elle serait capable de créer la névrose chez des sujets qui n'en étaient point atteints.

Comme pour les autres névroses le paludisme peut aggraver ou réveiller une neurasthénie préexistante, ou bien la créer de toutes pièces.

Les caractères de cette neurasthénie sont les suivants : 1° fréquence des troubles vaso-moteurs; 2° intensité de l'amyosthénie; 3° périodicité des symptômes; 4° fréquence des complications délirantes; 5° présence de l'hématozaire; 6° curabilité des accidents par la quinine, au moins au début de la maladie.

Ces névroses peuvent s'associer entre elles. Elles peuvent de plus s'accompagner de troubles psychiques, qui sont ceux de toutes les psychoses toxiques, c'est-à-dire essentiellement représentés par de la confusion mentale et du délire onirique.

XVIII. *Etude sur la cécité hystérique ou amaurose hystérique totale ou bilatérale*; par le Dr Kerneis.

La cécité hystérique, ou perte complète absolue de la vision des deux yeux est un accident rare, plutôt fréquent chez la femme. Le mode d'apparition ou de disparition des attaques de cécité, leurs causes provocatrices rappellent en tous points les autres accidents hystériques. Les malades de ce genre sont complètement aveugles et n'ont même plus la perception de la lumière à l'examen ophtalmologique; dans les cas simples, on ne constate absolument rien d'anormal. L'auteur étudie le diagnostic généralement aisé, parfois difficile dans les cas de simulation. Lle pronostic et le traitement sont ceux de l'hystérie.

XIX. *Recherches sur la descendance des tabétiques*; par le Dr Raillard.

Les recherches ont porté sur 348 observations. Voici les conclusions de l'auteur. Dans le tabes le sexe masculin est plus fréquemment atteint dans la proportion 3 à 1. La syphilis peut être incri-

minée dans 43 p. 100 des cas. Sur 100 tabétiques, 31 n'ont aucune descendance; 2 ont une descendance maladive; 67 une descendance saine. On observe plus fréquemment des familles à un seul ou à deux enfants.

XX. *L'observation médicale chez les écrivains naturalistes*; par le Dr Ségalen.

Etude des procédés d'investigation scientifique employés par les écrivains naturalistes. De ce travail il résulte que les qualités de cette école, impartialité, véracité, précision, peuvent être groupées sous un même vocable. Quant aux écrivains naturalistes, ils méritent d'être dénommés cliniciens ès lettres.

XXI. *Etude critique sur le tic convulsif et son traitement gymnastique (méthode de Brissaud et méthode de Pitres)*; par le Dr Cruchet.

Nous ne revenons pas sur ce travail très complet dont il a été très longuement parlé dans les *Archives*.

XXII. *L'état mental des parricides* (étude médico-légale); par le Dr Asselin.

Les crimes de parricide, de violences graves contre les ascendants sont malheureusement très fréquents. Ce sont invariablement des dégénérés qui les commettent. En général, les facteurs de violences contre les ascendants et du parricide, sont l'inaffectivité et l'impulsivité, stigmates les plus importants de la dégénérescence.

M. Asselin étudie un grand nombre de faits médico-légaux qui font ressortir l'état mental des parricides, caractérisé par l'irresponsabilité. Aussi trouve-t-on peu de parricides condamnés à la peine capitale, presque tous passent par l'asile d'aliénés. C'est là en effet la vraie place du parricide. L'auteur réclame la création de l'asile-spécial destiné à recevoir les irresponsables particulièrement dangereux.

Il faut aussi se préoccuper de la prophylaxie particulière, empêcher le dégénéré de devenir parricide. Le vrai moyen de pratiquer la limitation de ces crimes, se trouve dans l'orthopédie psychomorale du dégénéré. L'on n'arrivera à ce résultat désirable qu'en instituant pour eux des établissements médico-pédagogiques spéciaux.

XXIII. *Les troubles du sommeil dans les névroses*; par le Dr Damelon.

L'auteur passe en revue successivement les trois grandes névroses, épilepsie, hystérie, neurasthénie afin d'y étudier les modalités du sommeil. Dans l'épilepsie, les malades dorment et leur

sommeil est lourd et profond. Ils ne rêvent pas, mais parfois ils ont des cauchemars caractérisés souvent par la vision du rouge (objets rouges ou tableaux où le sang ruisselle).

Les hystériques dorment, mais d'un sommeil léger ; leurs rêves sont fréquents et influent sur l'état de veille. Il peut arriver que chez certains malades des accès nocturnes soient la première manifestation de la névrose.

Quant au neurasthénique, si on l'en croit, il ne dort pas. Le sommeil chez lui est très variable. L'insomnie est typique telle qu'il ne sait pas au juste s'il dort ou veille. Ces malades ne rêvent que rarement, et éprouvent au réveil une grande lassitude caractéristique. Enfin dans les cas où les névroses se trouvent associées, les troubles du sommeil varieront suivant la névrose prédominante.

XXIV. *De la neurasthénie sénile*; par le Dr Grimaud.

A côté de la neurasthénie classique de l'âge adulte, à côté de la neurasthénie infantile, actuellement démontrée, il existe une neurasthénie spéciale à la vieillesse. Cette neurasthénie sénile peut atteindre des sujets ayant eu antérieurement des accès de la maladie de Beard, ou même survenir d'emblée chez un vieillard.

La symptomatologie de cette forme ne diffère guère de celle de la neurasthénie des adultes : les symptômes sont peut être plus atténués, et la tendance aux idées fixes hypochondriaques plus marquée.

Comme l'a montré Régis, la neurasthénie sénile a des rapports très étroits avec l'artério-sclérose généralisée. Ces deux syndrômes coexistant marchent de pair, s'accentuent parallèlement et les malades, lorsqu'ils succombent meurent en artério scléreux. De ces données clairement démontrées par l'auteur, on peut conclure avec lui que la neurasthénie sénile est curable, en s'attaquant à l'artério-sclérose. Dans les cas sans ressources les malades aboutissent au ramollissement.

VARIA.

Les aliénés en liberté.

Suicide d'un soldat. — En proie à un accès de mélancolie incurable, un jeune caporal du 89e de ligne, Pierre Van Mael, âgé de vingt-deux ans, engagé volontaire, caserné au fort de Charenton, s'est donné la mort en se tirant dans la tête, alors qu'il était seul dans la chambrée, une balle de son fusil Lebel. Le projectile après

avoir traversé la boîte crânienne, est allé se perdre dans le mur de la pièce. On dit que *le malheureux donnait, depuis quelque temps, des signes de troubles cérébraux*. (L'*Aurore* du 13 août 1903.)

Suicide. — Mercredi matin, dit le *Progrès de Lyon* du 25 juillet, Mme veuve Goudet, ancienne infirmière au lycée de Montluçon, s'est jetée par la fenêtre de son appartement, et s'est tuée sur le coup. Cette femme donnait *depuis quelque temps* des signes de dérangement cérébral.

Ces faits montrent une fois de plus la nécessité de placer dans les asiles, *dès le début*, les malheureux atteints d'aliénation mentale, de même qu'on place dès le début, dans les hôpitaux, les *blessés* et les personnes atteintes de *maladies* aiguës. Un *asile d'aliénés*, ainsi que nous le répétons depuis plus de vingt-cinq ans, doit être considéré comme un *hôpital*.

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Mouvements de juin et juillet*. — M. le Dr Dodero, médecin adjoint à Saint-Ylie (Jura) promu à la classe exceptionnelle du cadre. — M. le Dr Chardon, directeur médecin à l'asile d'Armentières, promu à la 2e classe du cadre. — M. le Dr Terrade médecin-adjoint, à Prémontré (Aisne), nommé en la même qualité, à la Charité (Nièvre). — M. le Dr Aubry, 5e du Concours d'adjuvat nommé médecin-adjoint à Châlons-sur-Marne, en remplacement de M. le Dr Musin, mis en disponibilité sur sa demande. — M. le Dr Lallemand, directeur médecin à Quatre-Mares (Seine-Inférieure), porté à la classe exceptionnelle du cadre à dater du 1er septembre 1903. — M. le Dr Lwoff, médecin en chef à Ainay-le-Château (Allier), promu à la 1re classe du cadre à dater du 1er juillet 1903. — M. le Dr Chocreaux, médecin-adjoint à Alençon, nommé directeur médecin à la Charité (Nièvre) en remplacement de M. le Dr Faucher admis à faire valoir ses droits à la retraite. — M. le Dr Wahl, médecin-adjoint à Saint-Ylie, nommé médecin-adjoint à Auxerre, en remplacement du Dr Mignot, mis en disponibilité sur sa demande. — M. le Dr Coulonjou, 6e du concours, nommé médecin-adjoint à Alençon en remplacement du Dr Chocreaux, promu. — M. le Dr Parant, 7e du concours, nommé médecin-adjoint à Prémontré (Aisne), en remplacement du Dr Terrade, nommé à la Charité (Nièvre). — M. le Dr Belletrud, directeur-médecin à Pierrefeu (Var), nommé à la classe exceptionnelle du cadre. — M. Ligier, directeur à Montdevergues, nommé à la 1re classe du cadre.

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Jacquin, médecin-adjoint à Bordeaux, est nommé officier d'Académie.

Mouvement d'août 1903. — M. le Dr Trenel, médecin-adjoint à Saint-Yon (Seine-Inférieure), nommé médecin-adjoint des Colonies familiales de la Seine. — M. le Dr Brunet, médecin-adjoint à Moulins, nommé à l'asile Saint-Yon. — M. le Dr Vernet, 8e du concours d'adjuvat, nommé médecin-adjoint à Moulins.

Asile public d'aliénés de Clermont (Oise). — Deux places d'interne en médecine sont actuellement vacantes à l'Asile des Aliénés de Clermont. Les avantages attachés à cette fonction sont les suivants : Indemnité annuelle : 800 francs, logement, nourriture, blanchissage, éclairage et chauffage. Conditions : Nationalité française, 16 inscriptions valables pour le Doctorat en médecine, certificat de bonne vie et mœurs. Adresser les demandes à M. le Directeur de l'Asile de Clermont.

Faculté de médecine de Paris. — *Chef de clinique des maladies nerveuses.* — M. Guillain ; chef adjoint, M. Constensoux.

Suicide d'un adolescent. — Eugène Verger, 15 ans, s'est pendu dans la grange du sieur Guerrier, propriétaire à Saint-Gatien-des-Bois, près Honfleur, chez lequel il était domestique. On ignore les causes qui ont motivé cet acte de désespoir. (*Bonhomme Normand*, 22 août.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Bourneville. — *Rapports de la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine, en* 1902. — Musée d'assistance des aliénés ; — Affaire de l'internat des asiles ; — Quartier d'épileptiques à Villejuif ; — *Classes spéciales pour les enfants arriérés* en Amérique, en Allemagne, en Angleterre, en Belgique, en Danemark ; — Comptes et budgets de l'asile de Villejuif ; — Société de patronage ; — Rapport sur la transformation de la *tenue d'été des infirmiers* des asiles ; — Distractions aux malades ; — Rapport sur les travaux du Congrès des aliénistes et neurologistes de Grenoble ; — Rapport sur une visite aux asiles de Moulins, La Charité et Auxerre. In-4° de 112 pages.

Leredde (E.). — *La nature syphilitique et la curabilité du tabes et de la paralysie générale.* 1 vol. in-8° de 137 pages. Librairie C. Naud, 3, rue Racine. Prix : 3 fr. 50.

Raymond. (F.). — *Leçons sur les maladies du système nerveux* (1900-1901). 1 vol. in-8° de 650 pages. Librairie Doin, 8, place de l'Odéon. Prix : 16 francs.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 8-1903.

Vol. XVI. Octobre 1903. N° 94.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

MÉDECINE LÉGALE.

Rapport
sur l'état mental du nommé D..., inculpé d'outrages;

PAR LE Dr RAYNEAU.

Le rapport ci-dessous m'a paru intéressant à publier parce qu'il relate l'odyssée d'un malade qui, depuis vingt ans, a déjà été examiné par une dizaine de confrères sans qu'il ait été possible de le mettre hors d'état de nuire par suite des défectuosités de la loi et de l'absence d'un asile spécial où il puisse être maintenu, sinon définitivement, du moins un temps suffisant pour modifier son caractère.

Je soussigné Rayneau James, médecin en chef de l'asile d'aliénés, membre correspondant de la Société médico-psychologique, commis par ordonnance de M. Alexandre Pommier, juge d'instruction pour l'arrondissement d'Orléans, en date du 18 décembre 1902, à l'effet d'examiner l'état mental du nommé D..., représentant de commerce, inculpé d'outrages à un magistrat... ai consigné dans le présent rapport les résultats de mon examen.

Tout d'abord je ferai remarquer que D... a été interné à deux reprises différentes, qu'il a été successivement l'objet de dix expertises médico-légales, sans compter les examens sommaires auxquels il a été soumis par les docteurs Legrand du Saulle, Bergeron, et Paul Garnier, pendant les séjours qu'il a faits à Mazas, ou à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police.

Il m'a donc paru particulièrement intéressant et utile de reconstituer entièrement l'odyssée de cet individu, de relater la série si nombreuse de ses méfaits, afin de faire ressortir la caractéristique de son état mental et d'étayer mes conclusions sur des bases solidement établies.

D... est âgé de quarante et un ans. D'une haute stature, un mètre quatre-vingt-dix, vigoureux, il est porteur de quelques stig-

mates de dégénérescence physique : faux trait de la vue, asymétrie faciale.

Au point de vue héréditaire il y a lieu de noter que le père, officier de cavalerie, était d'un caractère violent et emporté. Lorsqu'il eut pris sa retraite, sa conduite privée qui, jusque là, avait été irréprochable devint fort irrégulière et sa femme fut obligée de demander la séparation.

Madame D..., mère, est âgée de 80 ans. Elle jouit d'une santé excellente et son intelligence est intacte. Elle est d'une activité extraordinaire pour son âge et sa mémoire la sert encore admirablement, mais pour excuser son fils, elle recourt volontiers aux mêmes arguments que lui, vantant sans cesse l'honorabilité de sa famille, les services militaires de ses ancêtres, etc., etc... A tout propos elle fait intervenir la croix de son mari, évitant de répondre aux questions précises qui lui sont posées, mais se lançant à perte de vue dans des digressions qu'elle juge susceptibles de nous impressionner favorablement vis à vis de l'inculpé. Elle répète les mêmes mensonges que son fils, supposant que ses affirmations suffiront à nous convaincre de leur véracité. Quelques respectables que nous paraissent les sentiments qui l'animent, nous devons à la vérité de constater que dans ses récits comme dans les lettres qu'elle écrit aux magistrats et aux experts, elle présente dans sa façon de parler une quantité d'expressions que l'on retrouve constamment dans le langage de son fils. C'est un fait qui a déjà frappé plusieurs personnes et un des précédents experts, le docteur Rist, de Versailles, a bien su faire ressortir que D... avait en partie hérité de sa mère sa faconde et sa verbosité [1].

Deux tantes à D... du côté paternel ont été atteintes de troubles mentaux. L'une d'elles a été internée à l'asile de Clermont. L'autre surveillée chez elle par son mari n'était guère plus capable de se conduire.

D... n'a jamais eu de maladie grave soit dans l'enfance, soit dans l'âge mûr. Point de convulsions, point de fièvre typhoïde mais il a été pendant longtemps assez chétif.

Ayant peu de goût pour l'étude, il a d'abord été placé au collège des Maristes de Riom, puis il a suivi son père en Afrique, et là, il aurait pris une insolation qui l'empêcha de finir ses études.

A dix-huit ans, il s'engagea au 6e cuirassiers à Paris, chaude-

[1] Depuis l'entrée de D... dans le service, le caractère spécial de sa mère s'est donné libre cours; ne cessant d'adresser aux pouvoirs publics des réclamations pour demander son élargissement, elle voudrait venir lui rendre visite tous les jours si on l'y autorisait; au lieu de chercher à calmer le malade, elle ne fait que l'exciter davantage en déblatérant contre le personnel de l'asile ou en se plaignant de la mesure qui a été prise à son égard.

ment recommandé par son père, ami du colonel. Peu dégourdi, d'une allure chaste et mystique, il fut victime de quelques brimades. Il les subit d'abord sans mot dire, mais au bout de cinq mois il en avait assez. Un jour sans prévenir personne il désertait brusquement pour aller se réfugier au couvent de la Trappe, dans la Mayenne, où après un séjour de quatre mois deux religieux le ramenèrent à Paris. Mis en observation au Val de Grâce avant sa comparution au Conseil de guerre, il bénéficia d'une ordonnance de non-lieu et fut immédiatement réformé à la suite d'un rapport médico-légal, le jugeant irresponsable, comme atteint d'imbécillité suite d'insolation. Pendant son séjour à l'Hôpital militaire il avait fait une tentative de suicide par pendaison (août 1881).

En 1882, nous le retrouvons Contrôleur de la Compagnie des Omnibus. Un soir pendant une représentation à l'Opéra, il siffle le ténor Lorrain et lance sa lorgnette sur la scène.

Interrogé, il déclare qu'il a fait cette manifestation parce que l'interprétation était insuffisante. Le lendemain il se présente chez l'artiste en se donnant comme compositeur de musique et déclare au domestique que si son maître reparaît sur la scène, il le tuera d'un coup de révolver.

Le Dr Legrand du Saulle qui l'examina à cette époque admit que cette crise d'excitation s'était produite sous l'influence de l'alcool et D... fut rendu à ses parents. Peu après, il fut renvoyé de la Compagnie des Omnibus pour préjudice causé à la Compagnie en distribuant des franchises à des voyageurs. Après un séjour de quelque temps chez les Chartreux, il revint à Paris et nous le voyons en 1886 déposer une plainte à un Commissaire de police à propos d'une prétendue attaque dont il aurait été l'objet. Les jeunes gens qu'il accusait n'eurent pas de peine à démontrer l'inanité de la plainte et la mère de D..., interrogée au cours de l'enquête, déclara sans hésitation que son fils était fou, s'appuyant sur ce que par certains moments il se croyait poursuivi par des malfaiteurs tandis que parfois il s'imaginait être atteint de la rage.

Le 15 décembre 1887, le tribunal de la Seine le condamne par défaut à un mois de prison pour escroquerie, alors qu'il est l'objet d'un mandat d'arrêt du parquet de Nancy pour abus de confiance.

Dans la suite, sa femme ayant désintéressé ses créanciers, il bénéficia d'un acquittement pour ces deux affaires. C'est en effet dans cette même année 1887 qu'il a contracté mariage. Cette union n'a pas été heureuse. Dès le début sa femme s'est aperçue qu'il avait l'esprit troublé. A jeun il n'était pas méchant, mais il avait la passion de l'absinthe et lorsqu'il avait bu, il faisait des scènes abominables.

Dès 1888, il l'accable de mauvais traitements, l'accusant d'avoir des amants et un jour, sans motif, il menace de jeter dans l'esca-

lier un de ses co-locataires qu'il soupçonnait d'avoir des relations avec elle.

Il dût être conduit à l'Infirmerie du Dépôt, où il resta trois jours. Le Dr Garnier le considéra comme un persécuté alcoolisé avec périodes d'excitation. Il admettait que son état ne nécessitait pas un internement immédiat. mais qu'on serait obligé de l'enfermer s'il continuait à boire. D... promit d'être sobre et sa femme touchée par son repentir et par les supplications de sa famille abandonna l'instance en divorce qu'elle avait introduite contre lui,

En 1888, un ancien officier de son régiment, le duc de L... le rencontre aux Champs-Elysées. Le voyant sans emploi il lui offre une place de garde chasse en Sologne. D... est immédiatement pénétré de l'importance de son rôle et avant même d'avoir été assermenté il s'intitule régisseur de la famille de L... C'est de là que datent ses premiers démêlés avec la justice. Quelques jours après son arrivée dans la propriété, sans même attendre un permis de chasse, il sort armé d'un fusil et accompagné d'un autre garde, il se rend au village voisin où il fait force libations dans lesquelles l'absinthe entre pour une large part. En regagnant son domicile, D... est fort excité, il a des hallucinations. Tandis que son camarade ne remarque rien d'extraordinaire, il croit voir des bêtes fauves et tire deux coups de fusil à travers bois. Plus loin ce sont des braconniers qui, soi-disant, attirent son attention, et, il envoie au hasard deux autres coups de feu. Attiré par le bruit le garde d'une propriété voisine lui fait des remontrances. Il n'en faut pas davantage pour le mettre hors de lui. Il tombe à bras raccourcis sur son interlocuteur et l'assomme à moitié. Condamné par défaut à trois mois de prison, il fait appel du jugement et c'est alors qu'il est examiné par le docteur Doutrebente, médecin en chef de l'asile de Blois.

Notre confrère le considère comme un déséquilibré, incapable de tout travail suivi, vantard, pusillanime et alcoolique avec idées mystiques. C'est, dit-il, un dévoyé de l'ordre mental placé sur les limites qui séparent la raison de la folie, relevant autant du médecin que du criminaliste et méritant à ce titre la plus large indulgence. Aussi le tribunal ne lui inflige-t-il que cinquante francs d'amende.

En décembre de la même année, il est amené au Dépôt de la Préfecture de police. Il vient de faire à sa femme des scènes de jalousie épouvantables et il accuse ses voisins de crimes imaginaires. Ses démêlés avec la justice au lieu de le faire réfléchir ne font que l'exaspérer davantage. Il ne veut pas admettre que le duc de L... se passe de ses services et bien que ce dernier se soit montré fort généreux en le congédiant, il lui fait des tours abominables. Il lui envoie successivement à son château de Viarmes, un carrossier pour réparer ses voitures, un tapissier pour refaire son salon, puis

un gazier, un maître d'hôtel, un avocat, des sœurs garde-malades. Il fait diverses commandes au nom du duc et lorsque les fournisseurs se présentent au château pour la livraison, ils apprennent qu'ils ont été victimes d'une mystification.

En même temps il écrit au duc des lettres injurieuses et le menace d'incendier son hôtel. Au courant de ses déplacements, il tâche de se trouver sur son passage et l'accable d'outrages ainsi que sa famille.

En 1889, il rentre comme gardien à la maison pénitencière de Gaillon. Le 7 mars, il est révoqué comme atteint d'aliénation mentale, après avoir causé un scandale avec des détenus et adressé des lettres injurieuses au Directeur des Services pénitentiaires.

En 1890, c'est un esclandre au Moulin-Rouge. Il fait arrêter un riche industriel en disant que c'est un évadé de Gaillon, condamné à cinq ans de prison pour escroquerie.

En mars 1891, un article àsensation « L'Espionnage en France » paraît dans le « Jour » sous la signature de Ch. Laurent. C'est D... qui en est l'inspirateur. Il réussit à persuader au journaliste qu'il a été embauché par un négociant comme voyageur, mais que le but véritable était d'accompagner le baron X... chambellan de l'empereur d'Autriche et de lui fournir des renseignements sur les effectifs de nos garnisons et les ressources en blé des diverses régions parcourues.

Quelques jours après la publication de cet article, D... pénètre dans le cabinet de M. Ch. Laurent, plus surexcité que jamais en proférant des menaces de mort contre le négociant dont il disait avoir à se plaindre. On l'éconduit mais redoutant qu'il ne mette ses menaces à exécution, M. Charles Laurent prévient par téléphone le négociant d'avoir à se tenir sur ses gardes.

Cette même année, sa femme lasse de la vie commune et de ses brutalités le quitte pendant quelques mois et va se réfugier dans sa famille.

Une enquête de police relève qu'il entretient une maîtresse à laquelle il a promis le mariage. Mais à peine sa femme l'a-t-elle quitté qu'il accuse le plus profond repentir, la supplie de lui pardonner. Comme preuve de ses bons sentiments il lui emprunte une obligation de chemin de fer, soi-disant destinée à lui servir de cautionnement pour une place de garçon de recettes. En réalité, il l'engage au Mont de Piété et dépense l'argent en bombances.

Au mois d'octobre, de passage à Chartres, il se jette sur des militaires qui le « regardent de travers ». Il encourt un procès verbal pour coups et blessures, mais son attitude est si étrange qu'on le dirige sur l'hôpital, où on ne le garde que quelques jours, mais en le menaçant de le faire séquestrer dans un asile s'il commet encore quelque excentricité.

Le 6 mai 1892, il est condamné par le Tribunal de la Seine à 200 francs d'amende pour outrages et menaces.

En 1894, la police est obligée de s'occuper de lui à diverses reprises. Le 9 janvier, il fait arrêter et conduire au commissariat de police un nommé P..., commissionnaire en vins, déclarant qu'il le connait comme espion à la solde de l'Allemagne. Il se présente au commissaire comme un employé supérieur de l'Administration pénitentiaire.

En février, un jour de mardi-gras, il assomme dans une rue de Paris, un étudiant en pharmacie dont la compagne lui a lancé au visage une poignée de confetti. Conduit au poste, il se donne comme sous-lieutenant de réserve au 27e dragons. Quelques jours après, rencontrant un officier d'infanterie, le capitaine R..., il cherche à lui arracher sa décoration sous prétexte qu'il ne l'a pas gagnée sur le champ de batille. Un peu plus tard il fait arrêter plusieurs dames en pleine gare Saint-Lazare, les accusant de lui avoir fait des propositions déshonnêtes.

En même temps, il écrit des cartes postales injurieuses et menaçantes à M. Corpel, chef de bureau au ministère de l'Intérieur, l'accusant de l'avoir fait renvoyer de Gaillon. Alors, une surveillance spéciale est exercée sur lui par le service de la sûreté.

Au mois d'août il est objet d'une plainte en escroquerie formulée par divers commerçants dont il était le représentant. Son procédé était bien simple, il se faisait remettre des sommes plus ou moins importantes à titre d'avances sur ses voyages et il dépensait cet argent à faire la fête sans jamais s'occuper de visiter la clientèle. Quand on lui demandait de ses nouvelles, il adressait à la maison des ordres fictifs au nom de personnes honorables qui refusaient la marchandise au moment de l'arrivée. Ecroué à Mazas, il proteste de son innocence malgré l'évidence des faits. Tandis que sa mère écrit lettres sur lettres au juge d'Instruction pour déclarer qu'il ne jouit pas de la plénitude de ses facultés, il assaille le Parquet de suppliques pour demander sa mise en liberté provisoire. Il se proclame le fils du commandant D..., neveu d'un ancien ministre de la Justice. Il termine une de ses lettres par cette phrase : « Pitié pour un malade, la paralysie me monte de jour en jour au cerveau et cette lettre sera peut-être la dernière que vous recevrez. »

Dans une autre missive il écrit à M. Josse, juge d'instruction : « Au nom de votre bonne mère qui dirigea vos premiers pas, que « vous avez bien aimée, ayez pitié d'un malade, d'un pauvre père de « famille qui n'est pas coupable. Mes facultés baissent de plus en plus « sous le régime de la prison. » Quelques jours après il annonce au juge la mort de sa femme dans les termes suivants : « Ma femme « est décedée des suites de sa maladie et de chagrin, hier soir, « m'est-il annoncé. Votre humanité sera touchée de tant de mal- « heurs immérités, elle m'accordera la permission d'assister au « convoi, assisté d'agents en bourgeois, mercredi prochain. Je

« pleure, je pleure toutes les larmes de mon corps; la vie mainte-
« nant depuis cette nouvelle m'est à charge et j'espère d'ici peu
« être réuni à ma bien aimée épouse dans un monde meilleur que
« sur cette terre. »

L'enquête de police apprit que Mme D... était en excellente santé et que la séparation avait été prononcée entre les deux époux au profit de la femme. Le médecin de Mazas frappé de ses excentricités demande son transfert à l'infirmerie spéciale pour cause d'aliénation mentale. Le docteur Garnier, tout en reconnaissant le trouble de ses facultés, dit qu'il exagérait dans le but de se tirer d'affaires et il jugea qu'il présentait assez de lucidité pour se rendre compte de ses actes.

Enfin, le docteur Vallon dut fournir un rapport. A la première visite de l'expert, D... se fit apporter sur un fauteuil dans le cabinet médical prétendant qu'il était sujet à des attaques à la suite desquelles il restait paralysé pendant sept ou huit jours et au second examen, deux jours après, il parut ne pas reconnaître le docteur Vallon. Notre savant confrère lui dit alors qu'un pareil manque de mémoire indiquait une folie nettement caractérisée et qu'il allait l'envoyer à Sainte-Anne. A ces mots, D... retrouva immédiatement sa mémoire et il déclara à l'expert qu'il se remettait fort bien sa physionomie maintenant. Bien que défavorablement impressionné par cette tentative de simulation, M. Vallon crut devoir dans ses conclusions réclamer pour C... l'indulgence des juges en se basant sur la déséquilibration mentale dont il le jugeait atteint.

Aussi, grâce à ce rapport et malgré la gravité des faits qui lui lui étaient reprochés ne fut-il condamné qu'à trois mois de prison avec sursis.

Huit jours après sa libération, étant pris de boisson, il tombe à bras raccourcis sur sa vieille mère et celle-ci se réfugie chez la concierge après avoir crié : « à l'assassin ! » Elle dit aux agents qu'elle avait eu plus de peur que de mal, mais qu'il l'avait frappée si souvent, qu'elle redoutait un coup fatal.

C'est à cette époque que commencent ses démêlés avec M. Toquenne, commissaire de police de la Ville de Paris. Ce magistrat avait été chargé de fournir des renseignements sur son compte et de perquisitionner à son domicile à propos de diverses plaintes déposées contre lui. Il n'en fallait pas davantage pour que M. Toquenne devint sa bête noire.

Tout ce qui lui arrivait était la faute du commissaire et alors il l'assaille de cartes postales injurieuses et diffamatoires. Il le traite de sale mouchard, vieille enclume du bagne, ancien vide cuvette d'Eugénie de Montijo et autres aménités.

Non content de l'insulter par ses actes, il le fait attaquer dans les journaux.

Le 12 novembre 1894 il fait publier dans la *Libre Parole*, sous

la signature de Gaston Méry un article fantaisiste dans lequel on reproche à M. Toquenne d'avoir fait arrêter D... comme anarchiste ayant outragé le Président de la République. Le 30 novembre un autre article paraît dans l'*Autorité* sous la signature de Paul de Léoni. D... y est représenté comme le fils du général de division D... et on affirme qu'une somme de 330 francs contenue dans une malle lui a été soustraite au cours des perquisitions faites à son domicile. Le lendemain, M. Paul de Léoni s'aperçoit qu'il a été abominablement trompé et il chasse D... de son cabinet.

Celui-ci continue sa campagne pendant 1895. Il dépose plusieurs plaintes au parquet contre son prétendu persécuteur. Plus on l'éconduit, moins il se rebute et il adresse des lettres diffamatoires au Ministre de l'Intérieur, au Préfet de police, etc., etc. Il s'imagine qu'on l'espionne, qu'on le suit partout et il ne voit plus autour de lui que des agents de la sûreté. Ce n'est plus seulement M. Toquenne, c'est toute la police qui est contre lui. En même temps il semble obsédé de l'idée que Paris n'est plus sûr, que faute d'une police convenable et fidèle la capitale est livrée à une bande de malfaiteurs qui y volent et assassinent impunément et il déclare à maintes reprises à sa mère qu'il a une mission de haute surveillance à exercer sur cette ville si mal gardée. Mettant en effet ses actes en rapport avec ses paroles il fait arrêter, au mois de décembre 1895, en prenant le titre d'inspecteur de la sûreté, deux jeunes gens inoffensifs qui soi-disant le menaçaient.

En juillet 1896, il assène un coup de canne sur la tête d'un passant qu'il ne connaît pas, sous prétexte qu'il le suit depuis plusieurs heures. Or, il s'agit d'un ouvrier qui se rend tranquillement à son travail.

Interrogé par M. Bertulus, juge d'instruction, il est confié à l'examen du docteur Dubuisson, médecin de Sainte-Anne. L'expert conclut que D... était plus qu'un buveur plus ou moins troublé dans ses facultés, mais bien un véritable fou hanté par des idées de persécution le poussant à des actes dangereux pour l'ordre public et la sécurité des personnes. Il proposait donc son internement. D... fut en effet placé à Sainte-Anne. Il y resta près de deux mois. Le docteur Dagonet qui le soignait le considérait comme un déséquilibré, incapable de se conduire au dehors sans commettre des actes répréhensibles. Mais sa mère ne cessait de demander son élargissement, s'engageant à le surveiller et promettant de le ramenér à la première incartade. Un jour on lui permit de le faire sortir pendant un après-midi. Elle négligea de le ramener,

Pendant plusieurs mois, il n'a plus de démêlés avec la justice, mais en 1898 on entend de nouveau parler de lui. Au mois de mai il insulte dans les rues de Versailles le directeur de la maison

centrale de Poissy. Un rapport de police, rédigé à la suite de cette affaire, le représente comme un aliéné authentique, en voulant à tous les fonctionnaires de l'administration pénitentiaire. Poursuivi par le parquet de Versailles pour cartes postales injurieuses envers un adjudant d'artillerie, il outrage le commissaire de police chargé de l'enquête, puis il quitte brusquement Saint-Cloud, où il habite avec sa mère, pour reprendre les voyages.

De passage à Chartres, il en profite pour expédier des cartes ignobles à M. Toquenne et il se fait dresser procès-verbal pour avoir poursuivi un agent de police une canne à épée à la main. Dans le courant du mois de janvier 1899, il est arrêté de nouveau pour ivresse, bris de clôture, outrages à un magistrat et dénonciations calomnieuses et écroué à la prison de Chartres.

Le Dr Bouchard conclut à l'irresponsabilité mais il ne juge pas indispensable de provoquer l'internement. Aussi D... reprend-il immédiatement le cours de ses exploits et quelques jours après, à la suite de nouvelles menaces, est-il placé en observation à l'asile de Bonneval. Il y fit un séjour de cinq mois. Le Dr Derriq, directeur-médecin de cet établissement, eut donc le temps de l'examiner sérieusement et de l'apprécier à sa juste valeur. Son opinion mérite d'être citée : « D..., dit-il, est un dégénéré en état à peu près constant de déséquilibration mentale. Les excès de boisson aggravent encore son état et il existe de fortes présomptions pour qu'il devienne un pilier d'asile à entrées et à sorties multiples. Son internement s'impose pour l'instant, tant dans son intérêt que dans celui de la Société. »

C'est qu'en effet, pendant son séjour à Bonneval, D... apparaissait tel qu'il est réellement. Vantard, hypocrite, flatteur, menteur effréné, tour à tour obséquieux ou insolent, suivant le moment ou suivant les personnes, il révolutionne le quartier où il se trouve placé, excitant les malades contre les gardiens ou leur jouant des tours pendables. Se plaignant par système, réclamant sans cesse des suppléments en raison, dit-il, de sa faible constitution, il ne sait qu'inventer pour mal faire; tantôt il met des cailloux dans les serrures, tantôt il moleste ceux qu'il croit inoffensifs.

Malheureusement nos asiles sont mal organisées pour conserver de pareils malades; ils y jettent le trouble, aussi s'empresse-t-on de les remettre dehors quand un calme relatif apparait dans leur esprit. C'est ce qui eut lieu pour D... Au mois de septembre il retournait chez sa mère.

Pendant deux mois il est à peu près calme, mais avant la fin de l'année il commet de nouveaux délits. C'est encore à M. Toquenne qu'il s'attaque par l'envoi de nouvelles cartes encore plus ignobles que les premières, puis c'est le tour du commissaire de police de Saint-Cloud, qu'il traite de vieux saligaud et autres aménités. Souvent pris de boisson, presque toujours surexcité, il ne se passe

pas de semaines sans qu'il n'ait quelque histoire. En décembre il signale son passage à Orléans, il fait l'objet d'un procès-verbal pour plainte en escroquerie.

En janvier 1900, c'est un négociant qu'il menace de mort. En février, c'est un autre vis-à-vis duquel il commet une escroquerie et qu'il diffame ensuite par carte postale. En mars, il est conduit au poste pour avoir frappé sa mère. Cette pauvre femme n'a que le temps de se sauver pour échapper à ses coups. Dans sa déposition au commissaire elle affirme que son fils est fou et que si on ne l'interne pas il lui fera un mauvais parti. Dans la même journée, il frappe sans motif un employé de la gare de Saint-Cloud et il outrage encore les agents. Poursuivi par le parquet de Versailles, il est l'objet d'un nouvel examen médico-légal. L'expert lui reconnaît une impressionnabilité nerveuse tout à fait particulière, augmentée encore par l'usage immodéré des boissons alcooliques. Il reconnaît qu'il sera sans doute nécessaire de l'interner s'il continue à boire ; mais il n'estime pas qu'il soit arrivé à un tel degré d'intoxication qu'on puisse le regarder comme un malade de l'alcool, ayant perdu la valeur de ses actes.

Remis en liberté sur les instances de sa mère, il ne change guère son existence. Ne travaillant presque jamais, mais buvant toujours, il ne cesse de commettre des actes délictueux. A Saint-Cloud, le 27 avril, il fait un vacarme épouvantable dans l'escalier de la maison en se disputant avec d'autres locataires et quand son propriétaire intervient pour le calmer, il l'accable d'injures.

En juillet, il croit avoir à se plaindre d'un négociant de Puteaux qu'il n'a pu parvenir à représenter. Il lui adresse aussitôt des cartes postales dans lesquelles il le traite de chevalier d'industrie, vieux marlou, etc., etc.

Il agit de même avec M. Catron, commissaire de police de Saint-Cloud : « Vous êtes, dit-il, le commissaire coup de poing, » insolent, brutal, grossier, lâche en même temps capable de tout. » Vous êtes digne de cette fripouille de Lépine, chassé à coup de » pied au cul de l'Algérie ; vous êtes un gredin, venez donc me voir en simple particulier, gros porc, vous verrez comment je me torche. » Puis c'est encore le tour de son propriétaire. Il l'accuse de mener une vie crapuleuse et le menace de mettre le feu chez lui.

Tandis que le parquet de Versailles le poursuit et qu'il est l'objet d'un examen médical de la part du Dr Rist, il trouve le moyen d'aller à Rouen (septembre 1900) et d'y outrager un commissaire de police. Coût : un mois de prison. Le médecin de Versailles l'ayant considéré comme partiellement responsable, le Tribunal de cette ville le condamne à un an de prison (18 novembre 1900).

Quatre jours après le jugement, il est à Orléans, où il vient pour accomplir la peine que lui a infligée le Tribunal de Rouen, mais avant de se constituer prisonnier, il trouve le moyen d'outrager

M. Tomps, commissaire central. Pendant son séjour à la maison d'arrêt (novembre 1900) il fait appel du jugement de Versailles.

A peine sorti de prison il recommence ses frasques, s'attaque de nouveau à M. Toquenne, en retraite depuis longtemps, en lui adressant des cartes injurieuses et diffamatoires (décembre 1900). A la fin de janvier 1901 il s'offre par lettre à donner au Parquet de Chartres des renseignements de nature à l'éclairer sur un incendie qui vient d'éclater dans une distillerie aux environs de Mantes. Le commissaire de police se présente chez sa mère en son absence pour vérifier ses dires. Peut-être laisse-t-il à entendre que D... veut déranger inutilement la police. Il n'en faut pas davantage pour déchaîner sa colère. Quelques jours après il adresse au commissaire une lettre ouverte contenant un pli dans lequel il le traite « d'ignoble individu » et le prie de recevoir « l'expression de son mépris. » Arrêté pour ce fait et conduit au violon, il brise les carreaux de la fenêtre, démolit le baquet hygiénique et creuse le mur de sa cellule. Fouillé, on le trouve porteur d'une assignation à comparaître devant la cour de Paris le 2 février 1901. Transféré dans cette ville, il est soumis à l'examen des Drs Ballet, Garnier et Dubuisson. Les experts concluent qu'il est un prédisposé héréditaire, un impulsif chez lequel l'alcoolisme aggrave encore la déséquilibration mentale. « D..., disent-ils com-
« prend trop bien la portée de ses actes pour que nous en fissions
« actuellement un malade irresponsable et séquestrable, mais son
« état mental est de nature à le faire bénéficier de l'indulgence de
« ses juges. Aussi la condamnation à un an est-elle réduite à un
« mois (Avril 1901). »

Au mois de mai 1902, D... s'était inscrit dans un hôtel d'Orléans sous le nom de Thomas. La police de notre ville ayant un mandat d'arrêt contre un individu de ce nom, D... fut invité à donner des explications sur son identité au Commissariat central. Au cours de ses explications, il montra une lettre signée : Trarieux, dans laquelle ce sénateur le recommandait à M. Waldeck-Rousseau, le donnant comme un ex-adjudant de cavalerie, médaillé, ex-attaché à l'ambassade de Saint-Pétersbourg. D... fut obligé de reconnaître qu'il n'avait jamais occupé ces différents postes, et la lettre fut saisie par le Commissaire central. Il n'en fallut pas davantage pour mettre D... hors de lui. Il commence immédiatement contre M. Tomps et ses agents une campagne abominable. Il se plaint au préfet du Loiret, au député d'Orléans, au directeur du *Journal du Loiret*, auquel il se donne comme le fils du général de division D... Il écrit même à M. le procureur de la République, affirmant qu'on lui a soustrait au commissariat une somme de 150 francs. Convaincu que la police est à ses trousses, il ne peut voir un agent sans avoir un accès de fureur.

Le 25 juillet, il s'attaque au brigadier Peretti qui sort tranquil-

lement de son bureau : « Vous me suivez partout, dit-il... je ne veux point que cela dure plus longtemps... Vous et Tomps vous êtes des canailles, je vous casserai la gueule. »

Poursuivi pour ce fait et aussi pour de nouvelles cartes injurieuses à M. Tomps, il est condamné par défaut, le 8 août 1902, à un mois de prison. Il fait opposition à ce jugement par une lettre incohérente adressée de Blois à M. le procureur de la République. Entre autres insanités, il affirme que M. Tomps est fils d'un officier prussien, qu'il est l'assassin du préfet Barême, etc., etc. Le Tribunal jugeant que sa responsabilité était atténuée par suite de son état habituel de surexcitation, réduisit la peine à 15 jours.

Mais ce ne sont point là les seules histoires qu'il s'attire par suite de son caractère impossible. Sans cesse à la recherche d'une position sociale, il frappe à toutes les portes pour trouver un emploi. Entre temps, il pérore de café en café, vantant ses hautes relations et déblatérant sur tous ceux dont il croit avoir à se plaindre. Plusieurs cafés sont obligés de lui fermer leur porte par suite du scandale qu'il cause par ses propos injurieux et diffamatoires.

A signaler un incident qui démontre son irritabilité particulière. Dans le courant du mois de juin 1902, il se présente à l'asile pour demander une place de gardien. Il se dit ancien adjudant de cuirassiers, médaillé militaire. et il montre un certificat de l'asile d'Alençon. constatant qu'il a servi un an dans cet établissement, tandis qu'il n'y est demeuré que quelques jours et a été remercié par suite de ses excentricités. Ce certificat est manifestement surchargé. On se borne à lui répondre que l'on prendra des renseignements sur son compte et on l'invite à repasser plus tard prendre la réponse.

Il se garde bien de revenir, mais deux mois après il rencontre. rue d'Illiers, le préposé responsable de l'asile, le traite de cochon, sale mouchard et le menace de lui flanquer sa main sur la figure. Un rassemblement s'étant formé, M. Yon, le préposé, jugea convenable de s'éloigner afin d'éviter un scandale.

Sans cesse en mouvement, aujourd'hui à Orléans, demain à Paris ou ailleurs, toujours à la recherche d'une nouvelle affaire, trompant tous ceux qui l'emploient et ayant des démêlés avec tous, il commet chaque jour de nouveaux délits.

Le 6 novembre, c'est une carte injurieuse à M. Mathieu, distillateur, qui lui a procuré quelque ouvrage. Le 8 et le 21, c'est un autre distillateur, M. Meyer, qu'il attaque de la même façon. Le 11, nouvelle dénonciation au Parquet contre M. Tomps et le brigadier Peretti. Le 18, il déclare au commissaire de police Burghert qu'il a remarqué deux individus possesseurs de nombreux bijoux et de titres devant provenir d'un vol et il indique l'endroit où la police pourra les arrêter. C'est une histoire qu'il a inventée de toutes pièces pour faire un bon tour aux agents. Le 26, nouvelles cartes in-

jurieuses à M. Tomps ; le 29 à Paris, il fait amener au commissariat du Palais-Royal, une fille soumise qu'il accuse de l'avoir volé il y a six mois. Celle-ci n'a pas de peine à démontrer la fausseté de ses dires.

De retour à Orléans, le 17 décembre, il descend chez un logeur et s'inscrit sous un faux nom. C'est là qu'il est arrêté et conduit à la maison d'arrêt.

Depuis son arrivée dans cet établissement, D... paraît véritablement atteint de troubles mentaux. A chaque instant il appelle les gardiens pour les motifs les plus futiles ; tantôt il se dit malade et demande le médecin, tantôt il veut qu'on certifie qu'il jouit bien de la plénitude de ses facultés. On constate qu'il paraît halluciné, que souvent il parle seul, qu'à chaque instant il monte à la fenêtre de sa cellule en faisant des signes de croix ou bien en se livrant à des mimiques désordonnées.

Persécuté à un haut degré, il ne peut souffrir son compagnon de cellule et lui cherche querelle à propos de rien. Il lui casse la tête de toutes ses histoires, mais il lui défend de parler et même de le regarder quand il se livre à ses excentricités. Enfin il parle à chaque instant de faire assommer ceux dont il croit avoir à se plaindre.

Un jour il s'élance sur son co-détenu, l'accusant de lui avoir mangé une partie de sa cantine pendant qu'il était au parloir. Celui-ci pare le coup qu'il lui était destiné et dans la bousculade D... reçoit quelques égratignures sans importance. Immédiatement il se croit gravement atteint : il veut faire appeler le médecin de la prison et m'écrit personnellement de venir le visiter d'urgence.

Enfin, depuis sa détention, il ne cesse de m'adresser des lettres dans lesquelles il se propose de me dicter les conclusions de mon rapport. Une du 16 janvier est particulièrement intéressante, le passage suivant est à citer textuellement : « Dans votre rapport vous pourrez « mettre, Monsieur le Docteur, cela me fera beaucoup de bien : Je « considère D... comme un grand enfant qui se fâche facilement ; « mais de là à la folie complète, il y a loin. En raison de son arresta- « tion, qui peut avoir provoqué chez lui une certaine irritation pas- « sagère, je prie le Tribunal d'avoir pour lui la plus grande indul- « gence. A la prison, Monsieur le Docteur, je fais un peu le toqué « afin de faciliter votre tâche pour obtenir de votre bienveillance « un rapport qui laisse croire à une maladie passagère. »

Et en effet, lors de mes différentes visites D... s'est toujours montré préoccupé des conclusions possibles de mon rapport. Très jaloux de sa liberté, il veut bien que l'on conclue à une responsabilité si limitée que les juges seront obligés de l'acquitter ou de lui infliger une peine insignifiante, mais il se refuse à être interné dans un asile.

Aussi indulgent pour lui-même qu'il se montre rigide vis-à-vis des autres, il n'estime qu'il n'a commis que des peccadilles : « Laissez-moi, dit-il, me débrouiller avec la justice qui ne peut être sévère pour une bagatelle semblable. » Et il entre dans des détails multiples sur les examens médicaux dont il a été l'objet, prêtant aux experts des intentions qu'ils n'ont jamais eues ou des opinions qu'ils n'ont jamais formulées. S'il se croyait passible d'une peine grave il raisonnerait tout autrement et nous le verrions simuler l'imbécillité ou quelque autre genre de folie comme il a tenté de le faire en 1894 lorsqu'il fut soumis à l'examen du docteur Vallon.

Surtout préoccupé de se défendre, il porte souvent des accusations qu'il sait absolument fausses, persuadé qu'en chargeant les autres il s'innocentera lui-même. D'une loquacité intarissable, quand on l'interroge, il évite de répondre aux questions qui le gênent et se lance dans des digressions, sans fin sur sa famille, sur ses qualités, sur ses projets d'avenir, etc., etc. Il accumule mensonges sur mensonges et quand on l'arrête pour lui montrer l'inexactitude de ses dires, il se met met à rire et déclare impudemment que cela est parfaitement licite afin de se tirer d'affaire et que la fin justifie les moyens.

Très curieux de connaître mon appréciation sur son compte, il me pose à ce sujet les questions les plus diverses; tantôt en se montrant bon enfant, et en faisant appel à ma pitié, tantôt en se laissant aller à des insinuations malveillantes afin de me faire perdre patience.

Il se fait aider pour cela par sa mère que l'amour maternel rend aveugle, mais qui parfaitement stylée par lui, multiplie les démarches pour arriver à connaître mon opinion et à me la faire modifier si elle n'est pas conforme à leurs désirs

S'ensuit-il qu'un individu se rendant aussi bien compte de ses actes puisse être considéré comme responsable. Je ne le pense pas. L'histoire entière de sa vie me paraît protester contre cette hypothèse. L'opinion de tous ceux qui l'ont examiné n'a jamais varié sur le fait suivant qui ressort immédiatement de son examen. C'est un anormal, un dévoyé de l'ordre mental ; un dégénéré débile, dépourvu de jugement Ces troubles persistants s'exagèrent encore sous l'influence de l'alcool.

Les avis ne diffèrent que sur l'appréciation de la conduite que l'on doit tenir à son égard. Les uns estiment qu'il est justiciable de l'asile d'aliénés, les autres qu'il doit comparaître devant les juges tout en bénéficiant d'une large indulgence. Mais c'est précisément là que réside la difficulté, D... étant un de ces êtres qui paraissent relever aussi bien du médecin que du criminaliste, un pilier d'asile ou de prison à entrées et à sorties multiples. Aussi l'opinion peut-elle varier sur son compte, soit que l'on considère

l'état précis dans lequel il se trouve au moment de l'examen, soit au contraire que l'on s'attache à retracer son histoire où à l'observer pendant quelque temps.

J'estime que c'est la seconde manière qui permet véritablement de le connaître et de porter une juste appréciation sur le personnage. Or tous ceux qui ont eu avec lui un contact suffisant le considèrent comme un malade. C'est l'avis du Dr Déricq qui l'a observé à Bonneval, c'est aussi celui du Dr Dagonet qui le soignait à Sainte-Anne et s'opposait à sa sortie, c'est l'avis de tous ceux qui l'ont employé, de tous les fonctionnaires qui ont pu le suivre pendant quelque temps, commissaires de police ou gardiens de prisons. C'est aussi le mien. De tout ce que j'ai pu recueillir sur l'hérédité, l'existence et la manière d'être de cet individu, de l'examen personnel auquel je me suis livré au cours de mes visites et de mes interrogatoires, il résulte pour moi cette conviction profonde que D... est atteint de cette forme particulière de dégénérescence mentale que l'on appelle: *La Folie Morale*. La caractéristique de cette affection c'est le manque plus ou moins complet de ce que nous appelons le sens moral. Ceux qui en sont atteints bien qu'ayant reçu tous les bienfaits de la civilisation et de l'éducation sont incapables de se rendre utiles dans la société à laquelle ils appartiennent. Cet aveuglement moral, cette folie des sentiments altruistes, suivant l'expression de Schüle, les amène à nier les droits d'autrui et y porter atteinte. Chez eux, la conscience n'a pas de révolte; aucune considération ne les arrête, et ils s'abandonnent sans vergogne à leurs instincts malfaisants.

Leur intelligence paraît intacte en ce sens qu'ils mûrissent leurs projets et qu'ils déploient parfois beaucoup d'astuce pour arriver à leurs fins, mais elle est néanmoins profondément atteinte. Incapables de remplir un emploi et de fournir une activité régulière, ils manquent de jugement; ils ont l'esprit faux et nuisent à leurs propres intérêts. Non seulement ils sont déraisonnables, mais ils ne sont pas pratiques et ils deviennent les premières victimes de leurs machinations. Leur mollesse d'esprit et leur paresse ne peuvent être surmontées que lorsqu'il s'agit de satisfaire leurs appétits immoraux. Leurs actes ont un caractère impulsif et souvent périodiques. Querelleurs, menteurs, ivrognes, orgueilleux, pervertis jusqu'à la moëlle ils constituent de véritables plaies sociales. Dangereux du plus haut degré, ils le restent toute la vie car l'art médical est impuissant à modifier leur trouble organique. Ce qui distingue ces malades des criminels, c'est la spontanéité, la brusquerie de leurs instincts, la fréquence, la répétition de leurs délits, l'impudence, l'irréflexion avec laquelle ils se satisfont, le cynisme avec lequel ils affichent leurs actes ou les avouent et leur absence de remords. Ce qui en fait surtout des malades, ce sont les nombreuses tares que l'on rencontre dans leurs antécédents hérédi-

taires et personnels, les signes de dégénérescence anatomiques et fonctionnels que l'on découvre sur leur personne, restes le plus souvent d'affections cérébrales de l'enfance ou de la puberté.

Or D... est bien un de ces types de malades. Nous connaissons son hérédité morbide, nous savons qu'il a eu à dix-huit ans une insolation qui parait avoir influencé son développement cérébral, nous sommes fixés sur ses habitudes d'intempérance et sur l'intolérance particulière qu'il présente pour les boissons alcooliques; cette intolérance est tellement marquée que malgré sa forte constitution tout excès provoque chez lui une surexcitation spéciale qui va parfois jusqu'au délire de la persécution avec illusions et hallucinations. D'après le Dr Déricq, D... est encore un anormal au point de vue sexuel. Bien que l'expert ne précise point de quelle perversion il s'agit, il y a lieu de signaler aussi cette tare particulière. Enfin il a toujours été et il sera toujours incapable de se diriger normalement. Dans ces conditions l'internement s'impose. D... doit être placé dans un asile d'aliénés; mais là, surgit une difficulté qu'il est de mon devoir de signaler. Les individus comme D... sont des plaies pour nos établissements. Déjà insupportables dans les prisons où la surveillance se présente dans des conditions particulières de sécurité et où les moyens contentifs sont suffisants ils deviennent intolérables dans un asile ordinaire. Passant leur leur temps à exciter les autres malades et tramant des complots, ils peuvent amener les complications les plus graves, sans préjudice des craintes d'évasion que l'on a constamment à leur sujet.

A défaut des asiles-prisons[1], réforme admise partout le monde et toujours ajournée, c'est dans un quartier de sûreté tel que celui de Bicêtre qu'il faut les admettre. Or ce que nous connaissons du caractère de D..., sa conduite à Bonneval et à Sainte-Anne et enfin à la prison d'Orléans démontrent surabondamment que sa véritable place est à Bicêtre. C'est pourquoi je suis amené à formuler les conclusions suivantes :

Conclusions. — 1° D... est atteint de folie morale ; 2° Il est irresponsable des actes qui lui sont reprochés ; 3° Son état mental nécessite son internement ; 4° De plus, comme il s'agit d'un malade à tendances plutôt malfaisantes et capable de provoquer des accidents qu'il sera peut-être impossible d'éviter dans un asile ordinaire, il me parait nécessaire de le placer dans un quartier de sûreté aménagé comme celui de Bicêtre.

Comme on le voit mes conclusions tendaient à le faire

[1] Ce sont deux mots qui jurent d'être accouplés, leur création serait un recul (B.).

diriger sur Bicêtre ; mais l'administration départementale a reculé devant le surcroît de dépenses qui en aurait résulté et D... a été placé dans mon service. Je n'ai pu l'y retenir que quatre mois.

Là il s'est montré insupportable comme partout ailleurs, s'entendant avec sa mère pour assaillir les pouvoirs publics de ses réclamations. Pour échapper à ces sollicitations et par mesure d'économie aussi, on a consenti à le rendre à sa mère qui demandait son transfert dans un autre asile à titre de placement volontaire.

Son séjour dans ce nouvel établissement n'a pas dépassé huit jours, et, de nouveau en liberté, D... continue le cours de ses exploits. Il a déjà commis un certain nombre d'excentricités depuis sa sortie, d'après ce que j'ai entendu dire, et il ne sera pas longtemps sans avoir de nouveaux démêlés avec la justice. Les cas de ce genre sont légion, j'en suis convaincu. N'est-ce pas là une situation déplorable et qui mériterait d'attirer enfin l'attention des pouvoirs publics.

THÉRAPEUTIQUE.

Soin donné aux épileptiques et leur traitement en Angleterre ;

PAR FLETCHER BEACH, M. B., F. R. C. P.

Médecin au « West End Hospital, London », hôpital pour les maladies nerveuses, l'épilepsie et la paralysie.

Médecin à la Colonie d'épileptiques de Chalfont, Buckinghamshire.

L'épilepsie était connue dès l'époque d'Hippocrate qui en parle dans ses écrits et lui donne le nom de « mal sacré » quoiqu'il fût assez éclairé pour savoir que cette maladie n'est ni plus divine ni plus sacrée que les autres, mais a des causes naturelles dont elle dérive de la même façon que les autres maladies. Plus tard, Russell Reynolds, Bourneville, Hughlings Jackson et Gowers, etc., ont traité ce sujet et les vues bien connues de Hughlings Jackson sont maintenant généralement acceptées par les médecins anglais.

Ce n'est cependant que dans les douze dernières années qu'on a établi en Angleterre des colonies pour le traitement des épileptiques. Sous le rapport des mesures prises en faveur de cette classe de malades, ainsi que des faibles d'esprit, nous sommes très en retard sur le Continent, où, depuis de longues années, existent des dispositions pour leur admission dans des asiles ou des colonies où ils sont soignés et traités.

En 1773, l'évêque de Würzburg fonda un asile pour les malades atteints d'épilepsie ou, comme on l'appelait alors, de « falling sickness ». Cet asile était affecté en partie au traitement des malades susceptibles de guérison et en partie à la garde des incurables. Son œuvre fut continuée par son successeur et, en 1845, on construisit un bâtiment destiné à recevoir gratuitement quarante-huit malades. En 1838, des dispositions furent prises pour soigner les épileptiques dans des asiles. C'est vers la même époque que le docteur Séguin entreprit l'instruction des enfants idiots à Paris, et depuis lors les jeunes épileptiques sont reçus dans la plupart des asiles destinés aux enfants idiots.

On a à s'occuper de deux classes d'épileptiques dans les asiles ou les colonies : les aliénés et les sains d'esprit.

En ce qui concerne les malades de la première classe, la première mesure prise pour améliorer leur condition fut de leur réserver des salles spéciales dans les asiles, afin qu'ils pussent être séparés des autres épileptiques. Dès 1874, M. Ley, alors directeur de l'asile de Prestwich (Lancaster County Asylum) recommandait de placer les malades épileptiques des différents asiles du comté de Lancaster dans un établissement spécial, mais rien ne fut fait à cet égard. En 1892, le docteur Ewart lut devant l'Association Médico-Psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande, un travail dans lequel il recommandait l'établissement de colonies, non seulement pour les épileptiques aliénés, mais aussi pour les adultes et les enfants qui n'étaient qu'épileptiques sans être aliénés. Depuis cette époque, l'opinion publique s'était évidemment peu à peu formée sur ce sujet, puisque, en 1897, le docteur Rhodes et M. Mc Dougall, Alderman, étaient désignés par le comité commun des asiles de Chorlton et de Manchester pour aller visiter les établissements pour le traitement des imbéciles et des épileptiques en Allemagne,

en France et en Belgique. A leur retour, ils déposèrent un rapport dans lequel ils recommandaient de soigner ceux qui étaient malades aussi bien physiquement que mentalement, dans des pavillons semblables aux pavillons Wilhelmina Augusta de Alt Scherbitz, établis en cet endroit pour les aliénés, tandis que ceux qui étaient physiquement valides (environ 80 p. 100 du nombre total), seraient soignés dans des bâtiments suivant le plan adopté pour les colonies, le nombre de pensionnaires dans chaque maison ne pouvant dépasser trente.

Le résultat de ce rapport fut que les autorités de Manchester et de Chorlton décidèrent d'établir une colonie pour les imbéciles et les épileptiques. On eut d'abord quelque difficulté à trouver un terrain convenable, mais, il y a un an ou deux, le comité commun des asiles de Manchester et de Chorlton acheta un emplacement de 69 hectares à Langs, à quelques kilomètres de Blackburn, et des bâtiments pour les imbéciles et les épileptiques y sont maintenant en cours d'érection. Une partie de la propriété est affectée aux imbéciles et une autre aux épileptiques.

Ce bon exemple a été suivi par les autorités de Leicester qui vont faire l'acquisition d'un terrain d'une grande étendue pour le traitement d'après le système des colonies, des imbéciles et des épileptiques de l'hospice de Leicester.

Le conseil municipal de Londres a fait bâtir sur la propriété nommée Horton Manor une colonie pouvant recevoir 300 épileptiques aliénés. 51 hectares sont affectés à la colonie dont les bâtiments occupent une superficie de 11 hectares. Il y a un bâtiment réservé à l'administration et contenant aussi des logements pour le personnel et une infirmerie ; un bâtiment séparé qui contient les magasins et les cuisines, avec la salle de récréation adjacente ; et huit villas pour les malades. Ces villas sont des bâtiments à un seul étage et chacune peut recevoir 36 malades et le personnel nécessaire pour assurer le fonctionnement du service. Une maison pour le médecin en chef est placée à une distance commode du bâtiment administratif. Enfin le conseil des asiles de Lancashire va fonder une colonie pour les épileptiques aliénés de Lancashire, donnant ainsi effet à la recommandation que M. Ley avait faite il y a près de trente ans.

En ce qui concerne les épileptiques sains d'esprit, le pre-

mier établissement ouvert pour eux, fut celui que le docteur Alexander et quelques autres messieurs fondèrent à Maghull, près de Liverpool en 1888 et qui contient 150 malades. Le bâtiment lui-même est une vieille résidence seigneuriale, mais depuis qu'il a été acheté, trois autres bâtiments pour épileptiques des deux sexes ont été érigés sur la propriété de sorte que les malades sont bien classés et subdivisés. Les hommes sont occupés au jardin et les femmes se livrent à des occupations domestiques.

En 1893, un asile, *the Meath Home of Comfort*, fut fondé à Godalming, Surrey, par Lady Meath. Il contient 50 femmes et jeunes filles épileptiques de deux à trente-cinq ans. Les malades de toutes les parties de l'Angleterre y sont admises. Elles doivent être capables de se livrer à quelque occupation : travail à l'aiguille, ou avec des perles, vannerie ou blanchissage.

En 1894, une colonie pour épileptiques sains d'esprit, la première de ce genre en Angleterre, fut ouverte à Chalfont dans le comté de Buckinghan, par la Société Nationale pour l'occupation des épileptiques. Les maisons ont été graduellement bâties sur une propriété d'une superficie de 55 hectares par des personnes qui s'intéressent à cette œuvre. Il y en a huit : quatre pour hommes, deux pour femmes, une maison de convalescence et une pour les cas qui exigent un traitement et des soins spéciaux. La colonie est actuellement habitée par 172 sujets, la maison de convalescence et la maison spéciale sont occupées à présent par des colons qui sont en bonne santé, cela afin de diminuer un peu le nombre de ceux qui attendent leur admission. Un bâtiment pour les épileptiques de Hampshire est en construction. Il pourra recevoir 24 personnes, de sorte que la population de la colonie atteindra sous peu le chiffre de 196. Un bâtiment pour l'administration sera bientôt élevé car le besoin s'en fait grandement sentir. Les habitants mâles de la colonie sont employés à faire de la menuiserie, de la vannerie, ou à la forge, ou dans la ferme et le verger ; les femmes font du blanchissage, des travaux à l'aiguille ou s'occupent des soins du ménage.

Il y a aussi a Bournemouth, un petit établissement appelé St-Luke's Home qui fut fondé en 1895 et qui est destiné aux femmes épileptiques appartenant à la religion anglicane. Il

peut contenir dix épileptiques dont l'état exige des soins médicaux. La direction en est confiée à deux infirmiers qui sont membres de la société « The Royal British Nurses' Association », et qui non seulement donnent leurs services gratuitement mais encore contribuent financièrement à l'entretien de l'œuvre. Le prix pour la pension et les soins est de 12 s. 6 d. (15 f. 75) par semaine.

Une autre colonie pour les épileptiques en possession de leurs facultés mentales est construite par les exécuteurs du Lewis, à Chelford (Lancashire) sur un terrain d'une superficie de 186 hectares. Elle pourra recevoir 250 épileptiques, qui occuperont 9 bâtiments dont 6 sont pour adultes et 3 pour enfants et seront divisés en 3 classes, cette division étant fondée sur le prix qu'ils paieront, comme cela se fait dans les établissements allemands.

Les épileptiques une fois admis dans une colonie, il est très important qu'ils soient constamment occupés de quelque façon, mais il faut que leur occupation leur plaise, qu'elle soit saine, et, si possible, qu'elle s'exerce dehors, car le soleil, l'air frais et les autres objets qui entoure l'épileptique, non seulement empêchent sa pensée de se fixer sur sa maladie, mais aussi le remplissent d'activité mentale et d'espérance. De plus, sa santé générale s'améliore et son travail aide à procurer la variété de nourriture qu'il est désirable d'avoir dans le traitement de cette maladie. Les résultats de l'occupation et du traitement des épileptiques de la colonie de Chalfont dont j'ai l'honneur d'être un des médecins sont les plus satisfaisants. Dans la plupart des cas une amélioration sensible s'est produite, la santé générale est devenue meilleure et la fréquence des accès a diminué.

Les enfants épileptiques forment une classe de malades dont le traitement promet de bons résultats et leur état est susceptible d'une grande amélioration. Ils sont une source d'anxiété pour leurs parents car ils sont exposés à être écrasés dans les rues et si on les envoie à l'école ils peuvent avoir des attaques sur leur chemin ou dans la classe. Ces attaques dérangent la classe et effrayent les autres enfants. Il ne devrait donc pas être permis aux enfants sujets à de violentes attaques de fréquenter l'école. Il y a sans doute un grand nombre de ces enfants dont l'état exigerait l'envoi dans des colonies d'épileptiques. Malheureusement une loi

concernant les enfants défectueux et épileptiques, loi appelée : Loi sur l'instruction élémentaire, votée par le Parlement en 1899, contient une clause qui limite à 15 le nombre des enfants pouvant être admis dans le même bâtiment, et à 60, répartis entre 4 bâtiments, leur nombre par établissement.

Sans cette clause, des enfants seraient actuellement instruits et élevés à la colonie de Chalfont où deux villas avaient été construites dans ce but, l'une pour des garçons et l'autre pour des filles. Chaque villa avait été bâtie pour recevoir 24 enfants, mais comme le Ministère de l'Instruction Publique ne permet de n'y admettre que 15 enfants, elles sont pour le moment employées pour d'autres cas. La Société Nationale pour l'occupation des épileptiques, et les autorités scolaires de Londres (London School Board) qui ont dans leur ressort environ 350 épileptiques, ont présenté au Ministère de l'Instruction Publique une pétition demandant de modifier cette clause et de porter à 24 le nombre des enfants pouvant être admis dans le même bâtiment, et il y a lieu d'espérer que le Ministère donnera bientôt une réponse favorable.

L'expérience a démontré que les cas de jeunes épileptiques sont ceux dans lesquels le système de traitement de la colonie donne les meilleurs résultats. A l'institution pour épileptiques de Zürich, le résultat du système d'éducation est des plus marqués. Dans leur rapport, les autorités de cet établissement disent que les enfants « apprennent a ressaisir et exercer leurs facultés désorganisées, à se maîtriser, à être exacts et soumis, et par-dessus tout (ce qui manque souvent aux épileptiques) à trouver du plaisir à s'occuper régulièrement, et à regagner la confiance, souvent perdue, en leur propre capacité d'exécution ». Les attaques sont moins fréquentes et il y a des exemples qui prouvent qu'avec un système d'éducation convenable et un nombre suffisant de maîtres on arrive à faire de grands progrès intellectuellement et physiquement. L'essai qui a été fait à Chalfont confirme cette assertion. Bien que le comité ait été jusqu'à présent empêché de recevoir de jeunes enfants, il est cependant si convaincu de l'importance d'occuper les épileptiques dès le plus jeune âge possible, qu'il a admis 24 jeunes garçons de quatorze ans. L'état de ces derniers s'est amélioré

d'une façon très satisfaisante, ils ont l'air bien portants et gais, et sont heureux et satisfaits. Pendant les soirées d'hiver, on leur enseigne la lecture, l'écriture, l'arithmétique, le dessin et l'histoire, et pendant la journée en hiver comme en été, ils sont employés à la ferme ou à d'autres occupations.

Sans aucun doute, la connaissance des bons résultats obtenus sur le continent par l'éducation des enfants épileptiques a engagé le Ministère de l'Instruction Publique à faire quelque chose dans cette direction, car le comité du Conseil de l'Instruction Publique a publié une décision à la date du 26 février 1900, qui pourvoit à l'instruction des enfants faibles d'esprit et épileptiques, sur les sujets suivants : lecture, écriture, arithmétique, chant, récitation, leçons de choses, dessin, travaux à l'aiguille pour les filles, exercices physiques et travaux manuels. C'est là un très bon arrangement car il pourvoit à l'éducation physique aussi bien qu'à l'éducation intellectuelle et dans le cas des plus jeunes enfants on emploie le système « d'enseignement par l'action » habituellement en usage dans les classes enfantines (kindergarten). Parmi les plus âgés, les garçons apprennent différents métiers et les travaux du jardin et des champs; les filles apprennent la cuisine, le blanchissage et l'économie domestique pratique, outre les travaux à l'aiguille déjà mentionnés.

Malgré tout ce qui a déjà été fait, il faudra construire encore beaucoup d'autres colonies pour pourvoir aux besoins de ces infortunés malades. On évalue à 40 000 le nombre des épileptiques dans les Iles Britanniques et une grande partie d'entre eux résident sans doute dans les hospices (workhouses), où, à mon avis, ils ne devraient pas être. Beaucoup des meilleurs cas de la colonie de Chalfont ont été ceux de colons qui avaient été dans les hospices peu de temps seulement et qui avaient glissé dans le paupérisme non pas de leur propre faute, mais simplement parce qu'ils n'avaient pu obtenir de travail. Il faut espérer que les autorités non seulement de l'Angleterre et du pays de Galles, mais aussi de l'Ecosse et de l'Irlande où rien n'a encore été fait en faveur des épileptiques, suivront l'exemple des autorités de Chorlton et Manchester, et de Leicester, et fonderont des colonies pour les épileptiques. Dans les régions où les

nombres sont peu élevés, plusieurs comtés pouraient fonder en commun une colonie pour leurs épileptiques, ou bien les comtés pourraient fournir les fonds nécessaires à la construction d'un bâtiment à la colonie da Chalfont, comme les autorités de Hampshire le font en ce moment.

Pour la classe qui est au-dessus de la classe des indigents des efforts volontaires seraient bien nécessaires. En ce qui concerne les enfants la loi sur l'Instruction Elémentaire de 1899 (enfants défectueux et épileptiques) dont il a déjà été question, permet aux autorités scolaires d'établir des écoles approuvées par le Ministère de l'Instruction Publique pour les enfants épileptiques, et de contribuer à l'entretien des écoles aprouvées. Ces autorités doivent pourvoir à la nourriture, an logement et au traitement médical des enfants aussi bien qu'à leur instruction. J'espère que quand la restriction à quinze du nombre des enfants pouvant être admis dans le même bâtiment, sera levée, des dispositions seront prises pour que les enfants épileptiques dépendant des autorités scolaires de Londres (London School Board), dont l'état exige des soins dans un établissement d'épileptiques, soient admis à la colonie de Chalfont, car la loi permet de faire un tel arrangement.

Dans ce travail je n'ai parlé que du traitement des épileptiques dans des colonies, car c'est un mode de traitement plus récent que le traitement dans les hôpitaux qui est en pratique depuis des siècles, et de plus le traitement dans les colonies doit être appliqué aux malades qui ont été traités dans les hôpitaux, mais chez qui les attaques se produisent si fréquemment qu'il leur est impossible d'obtenir et de garder un emploi dans la vie ordinaire [1].

[1] Rappelons que Ferrus, probablement le premier, alors qu'il était médecin de Bicêtre, a organisé la colonie de la Ferme Sainte-Anne où s'élève aujourd'hui l'Asile clinique. Nombre d'épileptiques y figuraient à demeure avec des aliénés. Tous les matins un groupe d'épileptiques et d'aliénés y était envoyé de Bicêtre, dont la colonie était une dépendance. Un autre groupe se rendait à la Salpêtrière pour faire de gros ouvrages, entre autres les travaux de salubrité. (B.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

XIIIe CONGRÈS

DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Tenu à Bruxelles, du 1er au 8 août 1903

(*Suite*)

SÉANCE DU 7 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. DOUTREBENTE

Traitement de l'agitation et de l'insomnie dans les maladies mentales et nerveuses. (Rapport présenté par M. le Dr TRÉNEL, médecin de l'asile Saint-Yon.)

GÉNÉRALITÉS SUR L'AGITATION ET L'INSOMNIE

Une étude séméiologique de l'agitation et de l'insomnie serait l'introduction naturelle de cette revue thérapeutique. Mais est-il nécessaire de décrire ici des types que chacun a facilement devant les yeux. Le maniaque, le confus, l'anxieux, le dément agité, etc., présentent des tableaux cliniques trop connus. De plus, pour exposer et apprécier au point de vue du traitement les modes variés d'agitation, on ne peut guère s'appuyer que sur l'intensité de cette agitation, comme le faisait récemment remarquer Meltzer, et ne parler que d'agitation intense, forte, ou faible. Néanmoins, et quoique la nature véritable de l'agitation soit seulement soupçonnée puisque nous ne savons pas d'une façon précise quels éléments anatomiques, quels centres entrent en jeu dans ces phénomènes d'excitation nerveuse, ni à plus forte raison quels troubles physico-chimiques les produisent — on peut reconnaître diverses formes de l'agitation. En l'absence de données sur la cause intime du syndrome, on peut, en s'appuyant sur certains caractères, purement extérieurs il est vrai, classifier d'une façon au moins clinique, mais aussi quelque peu schématique, ses différentes modalités. C'est ainsi que Pochon nous a donné une bonne définition des divers états d'agitation, et avec lui on peut décrire l'excitation simple, l'agitation par réaction et l'agitation automatique. L'agitation simple est, dirons-nous, celle du maniaque ; cela seul suffit à la définir et à la décrire ; elle semble être un phénomène primitif. Par opposition, l'agitation par réaction peut être considérée

comme un phénomène secondaire. C'est le symptôme par lequel le malade répond à certaines causes, soit psychiques, soit psychosensorielles, comme la douleur morale du mélancolique, ou l'hallucination du persécuté. Cette agitation n'est pas, comme dans la manie, l'essence même de la maladie ; elle est même très contingente, car nous voyons les causes apparentes, qui la produisent dans certains cas, avoir des effets opposés dans d'autres. La douleur morale peut donner lieu chez le mélancolique aussi bien à une agitation anxieuse qu'à une dépression profonde ; les hallucinations terrifiantes peuvent provoquer des réactions motrices d'une violence extrême aussi bien que la stupeur la plus intense ; et cela dans des conditions en apparence analogues, bien plus, à des intervalles très courts chez le même malade.

L'agitation automatique est d'origine plus obscure encore. Elle se produit dans les cas où les centres supérieurs ont perdu tout pouvoir régulateur ; nous en trouvons le type le plus complet chez l'épileptique ; les déchus de toute espèce la présentent aussi, que ce soit l'idiot, le dément précoce, le dément paralytique ou sénile. C'est sous cette forme que l'agitation est le plus incoercible.

Dans chacune de ces variétés, nous ne pouvons dire espèces, car il existe de l'une à l'autre de multiples formes de passage, on doit reconnaître tous les degrés possibles ; de la simple surexcitation de l'hystérique à l'agitation du maniaque, il n'y a souvent qu'une différence d'intensité ; l'automatisme de l'épileptique peut aller, des quelques gestes plus ou moins coordonnés qui suivent l'attaque, aux violences les plus aveugles.

L'insomnie simple est celle que chacun connaît et peut avoir eu, plus ou moins, l'occasion d'éprouver. C'est elle que l'on rencontre le plus souvent chez les névropathes, les neurasthéniques et les hystériques. Elle ne s'accompagne d'aucun autre phénomène physique ou psychique notable, c'est le manque de sommeil pur et simple, le non-sommeil, l'asomnie pour employer l'expression de Freund. En dehors de toute excitation extérieure, de toute douleur, l'on reste vigile, et cet état peut durer des nuits et des nuits ; les neurasthéniques surtout en sont les victimes. Il faut, il est vrai, se défier de leur dire, car parfois ces malades, tout en jouissant d'un sommeil sinon complet, du moins suffisant, croient ne pas dormir ou le prétendent avec plus ou moins de bonne foi.

Les aliénistes n'ont qu'exceptionnellement à constater cette variété d'insomnie. Cependant elle est fréquente à la période d'incubation des vésanies. Ce qu'ils observent le plus souvent à l'asile, c'est l'insomnie des mélancoliques simples, de ces malades qu'à chaque ronde le veilleur trouve assis sur leur lit, qui ne dorment que d'une façon interrompue, intermittente, fragmentaire, indépendamment même de toute cause extérieure de réveil. Cette insomnie se rencontre encore chez les paralytiques comme symp-

tôme prémonitoire. Chez les maniaques, l'insomnie fait partie intégrante du syndrome manie. Les anxieux dorment peu et mal, et leur sommeil est peuplé de cauchemars en rapport apparemment avec les pénibles sensations organiques qu'ils ressentent. Tous les hallucinés, en général, dorment mal; dans l'état d'attention expectante où ils se trouvent, cette insomnie habituelle est facilement concevable. On peut prendre parfois sur le fait le rôle direct de l'excitation psycho-sensorielle, d'origine centrale ou périphérique, dans l'insomnie de ces malades. Chez les hallucinés à hallucinations génitales, en outre du rôle indéniable du rêve, particulièrement actif chez eux, des sensations anormales manifestes produisent le réveil; chez tous ces malades, dont les sensations internes sont perverties, la nuit ramène une recrudescence des phénomènes morbides. Mais c'est dans les cas d'hallucinations psycho-motrices que le réveil nocturne peut se montrer, avec la dernière évidence, en rapport avec les troubles de l'innervation motrice et sensorielle; et nous l'avons pu constater, en toute certitude, dans certains cas, chez des malades capables de rendre compte de leurs sensations avec sincérité. Inutile de rappeler l'insomnie des intoxiqués en général, des alcooliques en particulier, chez qui l'obscurité à elle seule ramène le délire hallucinatoire. Mais il est probable que, chez nombre d'autres malades, les troubles, non définis encore, des divers processus physiques qui marquent le début du sommeil ne sont pas sans jouer quelque rôle dans la genèse de l'insomnie.

Le sommeil n'est pas seulement diminué dans sa quantité, mais bien aussi troublé dans sa qualité. On sait qu'il existe une courbe tout à fait régulière de la profondeur du sommeil, la plus grande profondeur du sommeil étant atteinte à l'état normal, d'une façon rapide dès les premières heures, pour diminuer ensuite très rapidement aussi, ce qui s'exprime par une chute brusque de la courbe; puis le sommeil, à partir de la troisième heure, devenant de plus en plus superficiel jusqu'au réveil avec oscillations peu marquées. A côté de ce sommeil régulier, normal, dont la courbe est figurée partout, il semble en exister un autre, dont la courbe a été déterminée par les expériences d'un élève de Kraepelin.

Michelson, reprenant les expériences analogues faites antérieurement, a démontré que, normalement, le sommeil présente un maximum de profondeur au troisième quart d'heure de la deuxième heure. La courbe traduit une ascension progressive jusqu'au deuxième quart d'heure de la deuxième heure, puis une ascension rapide dans le deuxième et troisième. Après l'acmé, il y a une descente rapide jusqu'au deuxième quart de la troisième; enfin une lente descente jusqu'à la deuxième demi-heure de la cinquième heure. A ce moment, il y a une faible et lente augmentation de l'intensité du sommeil ayant son maximum en une heure, puis

une diminution. Ce serait là la courbe normale du sommeil. Mais Michelson a observé une courbe d'une autre forme. La précédente traduit une augmentation et une diminution rapide de la profondeur du sommeil qui est très faible le matin à l'approche du réveil. Dans celle-ci, au contraire, l'augmentation et la diminution sont lentes à se produire et sont moins marquées que dans l'autre forme; mais aussi le sommeil reste plus profond jusqu'au réveil. Michelson fait ici une remarque qui nous intéresse au premier chef : la première courbe est, avons-nous dit, la courbe normale, la seconde serait celle des neurasthéniques, des psychopathes. Ceux-ci ne sont nullement reposés le matin, à l'inverse des gens normaux; et si l'on examine, dit-il, les faits pathologiques, on constate que certains malades ne parviennent pas à s'endormir, mais finissent par tomber dans un profond sommeil le matin, que d'autres s'endorment vite, mais s'éveillent bientôt et ne se rendorment plus que très difficilement. A la première catégorie appartiennent les mélancoliques, les neurasthéniques. Michelson attribue l'épuisement qu'ils présentent dans la matinée au fait que l'anémie nécessaire au repos cérébral ne se produit pas — ceci ne peut être accepté que sous toutes réserves.

Les deux formes de la courbe se retrouveraient chez les circulaires : dans la période dépressive, ces malades s'endorment difficilement, rêvent beaucoup, se réveillent tard, avec une sensation de vide dans la tête et se sentent plus ou moins fatigués dans la journée. Dans la période d'agitation, ils s'endorment vite et profondément et ne rêvent pas, mais ils se réveillent vers minuit et commencent alors leur tapage habituel. Souvent ils ont, par contre, de courts moments de sommeil dans la journée. A ce propos, Michelson avance que l'on peut tirer une indication thérapeutique de ces constatations : dans la période dépressive, il conseille de faire prendre au malade de la paraldéhyde, qui agit vite, et dans la période maniaque, du sulfonal. Il a, en effet, éprouvé que la paraldéhyde donne un sommeil qui se rapproche du sommeil normal, mais est plus profond et atteint plus rapidement sa plus grande profonbeur (dès le premier quart d'heure), et les oscillations physiologiques s'y retrouvent.

C'est chez les neurasthéniques que des faits précis et des courbes analogues à celles qu'a établies Michelson seraient utiles à connaître. A leur défaut, en se basant, là encore, sur la pure observation clinique, on peut chercher à établir un certain nombre de formes d'insomnie chez ces malades. Pour schématiser, adoptons une classification telle, par exemple, que celle qui a été donnée par Lahusen. Cet auteur a déterminé trois variétés d'insomnie :

1° Il y a une diminution anormale du besoin de sommeil, d'où résulte un état d'exhaustion nerveuse qui peut être grave; 2° les malades dorment un temps variable, mais restent longtemps

éveillés avant de s'endormir ; le sommeil est interrompu par de longues veilles.

Brissaud indique une classification analogue ; il distingue parmi les neurasthéniques : 1° ceux qui s'étant endormis se réveillent dans le courant de la nuit sans pouvoir retrouver le sommeil ; 2° ceux qui n'ont pas « leur premier sommeil » naturel, qui tardent indéfiniment à s'endormir ; 3° ceux qui ont « des nuits courtes », qui s'éveillent au lever du soleil et ne se rendorment plus. Le trouble du sommeil est tel que certains de ces malades voient avec terreur arriver l'heure, nous ne dirons pas du sommeil, mais de l'insomnie.

Une place à part appartient à une forme d'insomnie très spéciale que Janet a décrite et qui est peut-être plus fréquente qu'il ne paraît. C'est l'insomnie par idée fixe, dont il a donné un exemple remarquable.

Sans vouloir généraliser, quiconque se plaît à reconnaître le rôle énorme des idées obsédantes et des processus psychiques voisins dans la genèse de la folie, trouvera, dans les faits scientifiquement observés comme ceux-ci, une confirmation sérieuse de cette théorie. Dans son cas, Janet attribue en outre à l'insomnie, comme conséquence grave au point de vue psychique, un état de confusion mentale. Ces observations de Janet sont, croyons-nous, les premières où l'insomnie des hystériques soit rationnellement expliquée. Les conséquences thérapeutiques sont faciles à tirer.

Quant aux épileptiques, leur sommeil ne donne guère lieu à des considérations particulières[1] ; il n'a d'ailleurs pas été spécialement étudié, si ce n'est au point de vue des accidents qui peuvent y survenir. On sait que les accès ne troublent pas le sommeil, et que l'épilepsie nocturne peut rester longtemps ignorée du malade même.

Quelques mots sur l'insomnie des enfants : Braun, qui a fait une excellente étude et une description très étendue des terreurs nocturnes des enfants, a formulé, en quelques indications précises, les faits connus sur le sommeil normal et pathologique de l'enfant. Il conclut que le passage de la veille au sommeil, est plus court chez les enfants que chez les adultes et que le sommeil est plus profond au début, mais que chez les enfants névropathes, la première ivresse du sommeil est raccourcie.

Dans la physiologie du sommeil, il est un point qui nous intéresse spécialement au point de vue des applications thérapeutiques contre l'insomnie. C'est l'état de la circulation sanguine. On sait le rôle qu'on a fait jouer aux phénomènes circulatoires dans la production du sommeil. Mosso, après d'autres, constatait, dans

[1] Voir dans l'ancienne *Iconogr. phothogr.* de la Salpêtrière une note comparative sur le sommeil des hystériques et des épileptiques (B.).

ses premiers travaux, l'anémie cérébrale dans le sommeil et la congestion au réveil, avec phénomènes pléthysmographiques inverses du côté des membres, mais il n'a pas maintenu intégralement ses conclusions, comme le remarque Brodmann. En tout cas, Brodmann a constaté ceci chez son malade trépané; au moment du sommeil, une augmentation du volume et une élévation de la pulsation cérébrale; au réveil une diminution progressive de volume du cerveau. Ce dernier phénomène a lieu dans le réveil normal progressif; dans le réveil brusque, au contraire, il y a une congestion passagère, mais suivie d'une anémie prolongée très marquée.

Quoi qu'il en soit, il est, à l'heure actuelle, impossible d'accepter intégralement la théorie de l'anémie cérébrale comme cause du sommeil. On ne saurait trop répéter que cette anémie en paraît non la cause, mais la conséquence — c'est là, en définitive, l'opinion de Mosso, de Richet, de Binz, pour ne citer qu'eux — et les données thérapeutiques qu'on a tirées de cette hypothèse tombent d'elles-mêmes. D'ailleurs, il est bien évident que le sommeil médicamenteux est indépendant de l'état de la circulation, car il survient, comme on l'a fait remarquer plus d'une fois (Richet), aussi bien avec les médicaments qui ont la réputation de congestionner le cerveau qu'avec ceux qui le décongestionneraient. Les expériences récentes de Berger le démontrent une fois de plus, et prouvent, en outre, que l'observation directe est loin de vérifier les suppositions que l'on a faites jusqu'ici au sujet de l'action des médicaments sur l'état vaso-moteur de la circulation cérébrale. C'est là une question à reprendre tout entière malgré les recherches de Mosso, Sciamanna, Berger, etc. Elle se complique encore dans la supposition qui a été faite, en particulier par de Boeck et Verhoogen, d'une anémie de certaines régions cérébrales et d'une congestion simultanée d'autres régions. Pour eux les ganglions de la base se congestionneraient, tandis que l'écorce s'anémierait. Cette théorie rappelle un peu une opinion ancienne de Meynert, à propos des psychoses périodiques. Mais nous ne pouvons suivre les expérimentateurs sur ce terrain, car, en réalité, les faits positifs manquent.

Il esi encore un point qui nous intéresse ici particulièrement. c'est l'état de la circulation générale dans ses rapports avec les troubles du sommeil. On sait que dans le sommeil la fréquence du pouls diminue, ainsi que la pression sanguine; la diminution peut être telle, que le pouls tombe de 70 pulsations à 54 (de Fleury); mais elle est loin d'être toujours aussi considérable (Brodmann).

La diminution de la pression (normalement 105 à 130 millimètres d'après Gartner) et de 20 à 35 millimètres (Pilcz). C'est aux variations de la pression que l'on a voulu rapporter l'origine de certaines insomnies. On peut admettre, en effet, qu'une pression san-

guine moyenne correspond à un état normal du sommeil, qu'au-dessus et au-dessous de cette pression, l'insomnie peut apparaître. Par analogie avec les données que Dumas a établies à propos des manies et mélancolies à hypotension et à hypertension, de Fleury[1] a pensé pouvoir admettre des insomnies à hypo et à hypertension.

Chez les neurasthéniques, il s'agirait spécialement d'un état habituel d'hypotension exagérée. De Fleury a observé un de ces malades chez qui la pression, déjà souvent basse à l'état de veille (100 à 140 millimètres), tombait, le soir, à 50 ou 60 millimètres d'où une insomnie persistante ; tout procédé relevant la pression à 80 ou 90 millimètres ramenait le sommeil. Le même auteur pense que le réveil nocturne des neurasthéniques, symptôme si fréquent et si remarquable par sa brutalité, dépend de la chute brusque de la pression sanguine à la fin de la digestion. L'hypothèse est plausible.

Bruce, à une date plus récente, admet de même que l'insomnie survient aussi bien dans les cas où la pression sanguine est élevée que basse, mais il donne d'autres chiffres que De Fleury, les limites de la normale étant pour lui de 110 à 130. Il note aussi que, chez les individus sains, la pression, le matin, est plus élevée que le soir, tandis que le contraire a lieu chez beaucoup d'insomniaques.

Daraszkievicz explique la sensation de chute qu'éprouvent les neurasthéniques au moment de s'endormir ou dans le sommeil, par la détente musculaire qui se produit alors et dont il résulte un relâchement subit de toutes les pièces du squelette. Les neurasthéniques éprouvent souvent, avant de s'endormir, une vive secousse de tout le corps, ce qui les réveille d'une façon pénible. Daraszkievicz explique ce phénomène par le fait que les centres reprennent brusquement leur pouvoir sur le tonus musculaire, pouvoir qu'ils étaient sur le point de perdre, ce qui donne lieu à une contraction brusque de tous les muscles. Des bruits subjectifs peuvent être entendus par les malades quand le phénomène du relâchement se passe dans les muscles de l'oreille moyenne. Au réveil, un phénomène analogue peut se produire. L'auteur l'a observé sur lui-même. On en conçoit facilement les conséquences chez des malades tels que les neurasthéniques.

L'insomnie au cours des vésanies et des névroses a une importance qu'il est puéril de faire ressortir; mais on doit constater cependant que l'importance de ce grave trouble par rapport aux phénomènes morbides concomitants n'a guère été mesurée d'une façon précise au point de vue clinique. Pourtant Obersteiner a

[1] M. de Fleury. — *L'insomnie et son traitement*, 1894. — *Grands symptômes neurasthéniques*, 1902.

donné quelques indications à ce sujet. On peut admettre avec lui dans l'insomnie des aliénés divers degrés de gravité. D'après lui, un mélancolique, par exemple, qui se dépense peu, qui n'utilise ni sa force physique, ni son activité mentale, peut supporter une insomnie prolongée avec un dommage faible relativement. Au contraire, tel dément, qui ressemble par son allure à un mélancolique, et qui se dépense aussi peu que lui, souffrira plus de l'insomnie, car son cerveau, beaucoup moins intact, a besoin d'une restauration plus complète. Ces considérations ne sont pas sans intérêt, quoique peut-être trop schématiques.

C'est ici le lieu de rappeler les importantes expériences de Manacéine. Cet auteur a observé que l'on peut encore sauver de l'inanition de jeune chiens au vingtième et au vingt-cinquième jour, après qu'ils ont perdu 50 p. 100 de leur poids, mais qu'une insomnie absolue les tue en 96 à 120 heures, alors même qu'on les nourrit suffisamment.

Agostini a aussi observé, au cours d'insomnies ayant duré six à neuf jours, un délire qui guérit par le repos et qu'il dénomme « délire transitoire agrypnique », se traduisant par de la confusion, des actes désordonnés, des hallucinations incohérentes, et s'accompagnant d'amnésie ; ce délire dure de quelques heures à quelques jours et le pronostic en est bénin.

Au point de vue des phénomènes somatiques, Patrick et Gilbert ont été étonnés, à bon droit, de constater une augmentation de poids durant l'insomnie et une perte brusque après le sommeil réparateur. Cette perte s'accusa même dans un cas par une diminution de deux onces par rapport au poids antérieur du sujet. En rapport avec cette augmentation de poids existait un accroissement de l'acide phosphorique et de l'azote dans les urines, accroissement proportionnellement plus grand pour l'acide phosphorique. (Il semble qu'il n'y ait guère lieu de tenir compte de ces derniers phénomènes, qui pouvaient être dus à l'alimentation et à l'absence d'exercice.)

Nous rappelons ces expériences surtout à titre documentaire, en raison de la rareté de faits analogues, mais aussi parce qu'il y a une notion à en retenir, c'est l'apparition d'hallucinations visuelles. Ce phénomène paraît être un phénomène très général dans tous les états d'épuisement (fatigue, inanition, etc.) ; mais il a ici pour nous une importance particulière en raison de l'application que nous pouvons en faire au sujet qui nous occupe. Il est loisible d'admettre qu'il doit se produire chez certains de nos malades et chez eux l'insomnie habituelle peut, en dehors même de l'épuisement physique qu'elle cause, avoir une influence directe sur le développement du délire et de l'agitation. On se trouve chez certains de ces malades, en présence d'un cercle vicieux où l'agitation entretient l'insomnie et l'insomnie exagère l'agitation.

Nous croyons devoir nous abstenir d'analyser et d'apprécier ici les multiples recherches faites dans ces dernières années sur l'histologie du sommeil. Malgré le haut intérêt de ces travaux, qui pourraient aujourd'hui fournir à de longues considérations, nous croirions sortir du cadre qui nous a été tracé. Nous n'en pensons pas moins que c'est dans cette voie, dans la méthode anatomique et peut-être plus encore dans des études de chimie biologique hors de notre portée, que la solution du problème sera trouvée quelque jour. Quant au reste, toute tentative d'explication n'est encore, à l'heure actuelle, qu'une hypothèse de « *métaphysiologie* », pour employer un mot de M. Soury.

Poser la question du traitement de l'agitation et de l'insomnie dans les maladies mentales et nerveuses, c'est demander presque de résoudre celle du traitement de l'aliénation mentale, car à l'heure actuelle ce sont là en vérité les seuls symptômes sur lesquels nos moyens thérapeutiques puissent agir. Pour les maladies nerveuses, au contraire, ce n'est qu'un chapitre important il est vrai, de leur histoire thérapeutique. On peut dire que la moitié de nos malades sont amenés dans les asiles en état d'agitation : la statistique de M. Magnan, que nous reproduisons (p. 131), donne 10 000 malades traités par l'alitement (donc presque tous agités) sur 18 000 entrées en cinq années ; et sur les 8 000 restants combien pouvaient présenter de l'insomnie ! Un rapport sur une question d'aussi vaste étendue présentait donc quelques difficultés d'exécution.

Il fallait mettre au point la question des hypnotiques et celle des moyens physiques de traitement ; pour chacune de ces parties et pour les chapitres composant chacune d'elles, il était indispensable d'établir les données physiologiques et cliniques sur lesquelles peuvent être basées les diverses applications des procédés à étudier.

Pour les hypnotiques en particulier, la diversité des substances à examiner, et sur beaucoup desquelles il a été écrit des volumes, la tâche était spécialement quelque peu ardue. Dans la masse des documents, il fallait faire un triage soigneux et se livrer à une critique serrée des résultats donnés, parcourir des pages pour recueillir des faits bien précis. Quand on entre dans une telle étude, on est surpris, en effet, du peu de précision qu'apportent trop souvent les auteurs dans la vérification des faits, dans les applications des traitements, dans l'exposé des résultats obtenus. Trop souvent aussi on retrouve les répétitions aveugles de faits plus ou moins bien établis. L'auteur tente de faire un choix, en remontant autant que possible aux travaux primordiaux. Et, de son propre avis, peut-être cette recherche l'a-t-elle entraîné trop loin et l'a exposé à donner à la première partie de ce rapport une étendue à laquelle la seconde n'est pas proportionnée. Il a tâché

de schématiser les faits principaux connus à propos de chaque médicament en s'attachant à donner pour chacun d'eux une esquisse physiologique d'après les autorités les plus autorisées. Il était difficile d'exiger, dans les conditions où le rapporteur était placé, qu'il fît autre chose que reproduire les opinions des auteurs. La vérification de l'action d'un seul médicament demande des mois d'études.

L'examen de la question au point de vue de la chimie générale ne pouvait être abordée que par un chimiste de profession et Trénel a dû la laisser de côté ; elle a été exposée avec une compétence et une clarté incomparables par Pouchet, c'est à ses leçons qu'il renvoie. Il s'est donc borné à prendre tour à tour chaque médicament et à en faire, au point de vue précis auquel il devait se placer, un exposé succinct. Il a volontairement laissé de côté l'insomnie causée par la douleur, elle était évidemment hors de cause et l'aurait entraîné à donner la revue des analgésiques, ce qui n'eût pas eu de fin.

Le chloral est le plus universel des hypnotiques. On l'emploie dans les cas les plus variés, dans tous les cas, peut-on dire, d'insomnie ; c'est à lui que l'on finit toujours par recourir quand les autres hypnotiques font défaut. Et même pour certains médecins, c'est l'hypnotique unique. Son action dépressive sur la circulation, parfois extrême, surtout aux doses toxiques, a été peut-être exagérée sur la foi des expériences sur les animaux. Les cas de mort sont presque toujours dus à des lésions cardiaques antérieures. Mais, même chez les cardiaques on a pu l'employer sans inconvénient. Le somme qu'il procure est assez rapide, parfois même instantané, et habituellement sans période d'excitation manifeste. Il ne s'accompagne pas moins d'une courte ivresse, très agréable, semble-t-il, car l'accoutumance morbide est fréquente. Le chloral conserve son activité même après un usage prolongé, sans nécessité d'élever les doses ; on peut admettre qu'il n'y a pas de forme d'insomnie qui résiste à son action ; mais chez les névropathes la crainte de l'accoutumance devra rendre très prudent. Chez les aliénés, il n'est pas de forme morbide qui n'ait été soumise avec succès à son action ; et c'est presque une superfétation que d'insister à ce sujet. Le chloral est un hypnotique pur et n'a pas d'emploi comme sédatif (le bromure est dans ce dernier but communément employé comme adjuvant). Les doses fractionnées ne sont guère recommandables. Seulement il arrive que chez les malades où l'action du chloral s'épuise vite, il est indiqué de donner une dose moyenne en deux fois : au coucher et dans le courant de la nuit. On a cherché à substituer au chloral des produits en dérivant, et possédant toutes ses propriétés hypnotiques sans ses inconvénients.

Le plus grand désaccord règne au sujet du *chloralamide*. Les

uns ne lui reconnaissent pas de supériorité sur le chloral, d'autres le considèrent comme évitant l'action cardio-vasculaire de ce dernier. Certains le regardent comme convulsivant. Dans de telles conditions on peut hésiter dans son emploi, d'autant qu'il paraît échouer là où échoue le chloral. Il semble en tous cas ne lui être nullement supérieur chez les grands agités. Pour son emploi dans le delirium tremens en particulier, où le chloral a été longtemps le principal médicament, les avis les plus catégoriquement opposés ont été émis.

Le *croton-chloral* est tombé en désuétude, cependant aux doses thérapeutiques il ne paraît pas donner lieu à des troubles circulatoires importants et le sommeil qu'il produit serait calme et reposant. A une époque plus rapprochée, le *chloral-uréthane* (*ural*) a été très recommandé. Son action est assez irrégulière en raison de sa faible solubilité ; il est moins actif que le chloral, déprime autant la pression et donne lieu à des troubles digesttifs.

L'*Ethyl-chloral-uréthane* (somnal) est un médicament mal défini et son emploi s'accompagnerait d'une action excitante des fonctions génitales qui, si elle est aussi fréquente qu'on l'a dit, en fera abandonner l'emploi, d'ailleurs peu étendu, semble-t-il.

Le *chloral-antipyrine* s'adresse surtout aux insomnies à la douleur et il n'est cité que pour donner au complet la revue des dérivés du chloral ; d'ailleurs, au point de vue auquel nous nous plaçons, il est certainement inférieur au chloral et ne s'applique qu'aux insomnies légères.

La principale objection à faire au *chloralose* est sa propriété convulsivante, que Richet même compare à celle de la strychnine; les phénomènes convulsifs consécutifs à son emploi doivent le faire rejeter dans tous les cas où l'on peut craindre l'exagération d'un état spasmodique. Il n'en est pas moins un hypnotique utilisé dans les cas les plus variés avec un certain succès. Les doses fractionnées ont pu être employées comme sédatif dans divers états d'agitation. Le *chlorétone*, très peu répandu et très toxique, ne mérite qu'une citation.

L'*uréthane* est un hypnotique faible, mais inoffensif, et a été employé dans l'insomnie des enfants. Il est actuellement peu utilisé ; mais son dérivé, le métyl-propyl-uréthane (hédonal) a fait l'objet de recherches récentes. Le pouvoir hypnotique en est plus élevé que celui de l'uréthane, mais ne paraît pas suffisant pour s'adresser aux agités, mais seulement aux insomnies simples. La polyurie qu'il produit souvent le rend peu utilisable.

Le *méthylal* est hypnotique faible et infidèle qui n'a guère eu d'application pratique que dans l'alcoolisme.

L'*acétophénone* (*hypnone*) est un hypnotique faible et d'une toxicité élevée qui l'a fait abandonner.

Beaucoup plus important que les substances précédentes est

l'hydrate d'amylène. Quoique donnant lieu expérimentalement, et aussi parfois aux doses thérapeutiques, à un abaissement de température (jusqu'à 35°) et à quelques troubles circulatoires (irrégularités cardiaques), il procure quinze à quarante-cinq minutes un sommeil calme et réparateur, et dont le réveil est facile. Son action est sûre à la dose de 5 grammes, mais l'accoutumance est rapide et parfois le sommeil est précédé d'une période d'excitation qui peut prendre la forme d'une véritable ivresse. Il est impossible actuellement d'indiquer quelque application spécifique de l'amylène si ce n'est peut-être dans l'épilepsie convulsive, quoiqu'il ne paraisse pas avoir d'action bien spéciale sur les accès psychiques de l'épilepsie. Il peut en général être substitué au chloral et se prêter aux mêmes associations, mais il est sans aucun doute moins actif.

Récemment, la combinaison du chloral et de l'amylène, le *dormiol*, a été donné comme devant remplacer le chloral dans la plupart de ses indications. Des doses élevées, dépassant les doses permises de chloral, seraient beaucoup moins toxiques que ces dernières. Les plus chauds partisans du nouveau médicament reconnaissent qu'il n'y en a pas actuellement d'indication spécifique et en reconnaissent l'insuffisance dans les grandes agitations. Il paraît, comme activité, tenir le milieu entre le chloral et l'hydrate d'amylène.

Les *sulfones* sont certainement l'une des plus précieuses acquisitions de la médication hypnotique. Mais les dangers de leur emploi sont trop certains et les cas de mort avec troubles moteurs, respiratoires et cardiaques, avec hémato-porphyrinurie, sont nombreux. L'emploi des alcalins est réputé comme préventif et curatif de ces accidents. Le *trional* a le grand avantage d'être moins toxique que le *sulfonal* et d'agir plus vite. On l'emploiera de préférence par doses descendantes et interrompues en raison de l'accumulation, d'après la méthode de Mairet, en partant de la dose de 2 grammes.

Il n'est pas de maladie nerveuse ou mentale où les sulfones n'aient été employés avec des succès variables dans des cas en apparence identiques. Le sommeil, plus rapide pour le trional que pour le sulfonal, lequel n'agit parfois qu'au bout de plusieurs heures, paraît satisfaisant et reposant, quoique suivi éventuellement de céphalalgie, d'une sensation de fatigue, de vacillement, de troubles digestifs, symptômes le moins marqués pour le trional. Ce sommeil ressemble au sommeil naturel et on a dit que les sulfones ne sont pas des stupéfiants, mais des substances adjuvantes du besoin de sommeil.

Ils sont à éviter dans tous les cas où existe une faiblesse physique marquée. Ils donneraient de meilleurs résultats dans les cas d'agitation motrice (on est en droit, en effet, de leur attribuer une

action presque spécifique sur le système moteur, évidente surtout dans les intoxications), de moins bons dans les cas hallucinatoires : on leur a même attribué le pouvoir de produire des hallucinations. A citer pour mémoire la méthode inacceptable de la *narcose trionalique* continue dans les psychoses aiguës.

La *paraldéhyde* a l'avantage de son innocuité presque absolue, même à très haute dose, quand elle est pure. Le seul inconvénient réel est, avec la rapide accoutumance, l'odeur d'aldéhyde que prend l'haleine et qui en réduit presqne l'usage aux malades non conscients, dans les asiles. Comme action spéciale, la paraldéhyde serait préférable au chloral dans l'alcoolisme aigu en raison de l'absence d'action sur le cœur. Elle s'allie commodément au sédatif. Citons, sans insister, la possibilité de donner simultanément la paraldéhyde et le trional, qui agiraient ainsi à doses plus faibles.

L'opium et ses alcaloïdes paraissent offrir des indications communes. Trénel passe en revue les principaux de ces alcaloïdes, mais pense que c'est l'opium qui est encore actuellement le plus employé. Il est singulier de constater que l'accord n'est pas absolu sur les indications. Comme calmant et soporifique, chez les anxieux, il est accepté d'une façon générale ; les déboires qu'il a donnés sont dus à la crainte des hautes doses : il ne faut pas hésiter à atteindre progressivement 1 gramme dans certains cas et ce n'est qu'à ce prix que l'action hyposthénique est obtenue. Il est bien supporté sous condition d'une surveillance très exacte. Il semble aussi qu'un examen de la pression sanguine serait un bon guide dans son emploi. Dans la manie, l'opium est indiqué, mais seulement à la période de décroissance. Dans les cas aigus, l'alcoolisme en particulier, il a donné lieu à des accidents toxiques. L'emploi des opiacés est en tout cas à éviter comme simple hypnotique. Quant à la morphine, hors l'élément douleur, il faut franchement s'en abstenir, du moins en injection sous-cutanée, chez les nerveux quels qu'ils soient et les aliénés curables. Peut-être les nouveaux dérivés, l'*héroïne* et la *dionine*, seront-ils des succédanés utilisables, mais leur emploi en médecine mentale et nerveuse, hors les faits de substitution à la morphine, est à peine expérimenté. Trénel rapporte cependant quelques expériences des auteurs d'où il résulte que leur action se confond avec celle de la morphine moins ses inconvénients d'accoutumance morbide ; cependant, il existe un cas d'héroïnomanie. La *péronine* serait aussi recommandable pour les mêmes causes, quoique moins active. La *codéine*, longtemps abandonnée, a été réétudiée à nouveau ; notre impression est qu'elle ne donne que des résultats transitoires.

Le *chanvre indien* n'est pas d'usage courant chez nous; son action exhilarante le ferait facilement regarder comme indiqué chez les anxieux : l'expérience démontre qu'il n'en est rien. Il reste

encore plutôt un produit curieux en raison de son action hallucinogène bien connue.

Parmi les alcaloïdes des solanées vireuses, l'*hyoscine* mérite seule qu'on s'y arrête aujourd'hui. Elle se confond avec la *scopolamine*, et avec la *duboisine* probablement aussi. On a beaucoup médit de ce médicament merveilleux. Il est cependant des cas où il faut à toute force calmer les malades et les défenseurs les plus résolus du *no-restraint* l'emploient ; ce n'est peut-être qu'un médicament d'urgence, mais à ce titre il est parfaitement utilisable. Il est à la motilité ce que la morphine est à la sensibilité. Chacun admet qu'on doit paralyser la sensibilité d'un individu qui souffre d'une façon intolérable et que seule la morphine peut soulager, et l'on ne doit pas plus refuser de paralyser une agitation incoercible dans certains cas. Il est bien entendu qu'on ne devra l'employer dans ce but qu'en cas de nécessité et quand l'état physique ne s'y oppose pas. D'autres, d'ailleurs, vont plus loin et l'utilisent systématiquement chez les agités. Trénel croit qu'habituellement il vaut mieux s'abstenir de son emploi prolongé dans les cas aigus; mais il a éprouvé que, dans les manies chroniques, l'hyoscine produit une rémission tout à fait satisfaisante sans les accidents gastriques et l'influence néfaste sur la santé générale qu'on a affirmés. D'ailleurs, les intoxications — Trénel ne dit pas les phénomènes d'intolérance, mais les intoxications mortelles — n'ont pas été enregistrées, sauf deux cas discutables. Il rapporte par ouïdire un cas d'intoxication accidentelle par injection de 1 centigramme, dose presque 10 fois plus forte que la dose habituelle et qui nécessita la respiration artificielle pendant plusieurs heures avec succès d'ailleurs. Les cas recueillis par les auteurs montrent que les symptômes ont été plus bruyants que dangereux. Mais il n'en faut pas moins une très grande précaution. Dans les grandes agitations, l'effet sédatif ne dure que ce que dure l'action de la dose ; dans les cas chroniques, les doses fractionnées par injections ou à l'intérieur (T. préférerait ce dernier moyen) donnent une sédation durable sans véritable sommeil. L'hyoscine n'est, il est vrai, que le médicament symptomatique de l'agitation; mais, jusqu'à nouvel ordre, elle remplit parfaitement ce but.

D'autre part, son action bien spécifique sur le système moteur l'a fait employer dans la paralysie agitante où elle procure souvent un véritable soulagement de l'état de raideur si pénible.

Trénel rappelle pour mémoire la *pellotine* et l'*ergotine*.

Pour les sédatifs, il s'est limité à esquisser un chapitre sur les *bromures*, le bromure de potassium en particulier. Le bromure est devenu le médicament universel et l'on peut presque dire qu'on l'ordonne sans discernement. On considère que tous les états d'excitabilité névropathique en sont justiciables et il faudrait énumérer toutes les affections mentales et nerveuses pour exposer les cas

où il est couramment prescrit. Quelques points particuliers retiendront l'attention au point de vue spécial actuel.

Tout d'abord, Trénel rappelle que le bromure n'est pas un hypnotique vrai : il ne produit pas directement le sommeil, il y invite, a-t-on dit ; aussi, habituellement, il est associé au chloral dont il prépare l'effet. Si son rôle dans l'épilepsie vulgaire n'a plus à être même indiqué, il serait, d'après certains, défavorable dans l'épilepsie psychique, qu'il a fait apparaître parfois comme symptôme de suppléance de la convulsion disparue. Par analogie avec l'épilepsie on l'a appliqué dans les cas périodiques, mais il n'a guère donné de résultat que dans les accès menstruels[1].

Trénel n'a pas examiné à fond la question de la diète des chlorures ; dans les cas rares d'excitation épileptique où elle fut essayée, elle a produit des résultats contradictoires.

Une autre médication, la cure opio-bromurée de Flechsig réussirait bien aussi dans l'épilepsie psychique.

Enfin le bromure a été donné à hautes doses, continues et répétées, dans les cas de grande excitation, de façon à obtenir, comme dans l'état de mal, un état permanent de *sommeil bromique*, suivant l'expression habituelle. C'est là une pratique dangereuse.

Trénel passe aux moyens physiques de traitement qui ne s'adressent guère qu'aux aliénés, et laisse de côté les pratiques hydrothérapiques simples qu'on utilise communément chez les névropathes.

L'alitement, quoi qu'il ne s'adresse qu'aux aliénés agités, n'a été formulé d'une façon ferme, en premier lieu, que pour les neurasthéniques comme mode de traitement général ; Trénel ne l'envisage pas ici à ce point de vue. Comme mode de traitement de tous les états d'agitation, avec quelques exceptions spéciales (certains cas de psychoses de la puberté), il est admis sans conteste en Allemagne ; en France, la méthode commence à être connue, mais sans être encore sortie de quelques services. Trénel n'a pas à envisager les voies et moyens de pratiquer l'alitement, mais seulement ses résultats.

La pénurie de personnel l'a empêché de faire une expérience suffisante. Mais de l'avis de ceux qui ont expérimenté l'alitement les états aigus d'agitation évoluent d'une façon bien moins bruyante et peut-être plus rapide, mais l'influence sur le pronostic de la maladie paraît bien faible au total. D'autre part, si l'agitation est considérablement influencée quant à son intensité, il semble bien que le sommeil, loin d'être amélioré, est plutôt diminué la nuit, sans que les heures perdues soient remplacées par

[1] Parmi les médicaments qu'on peut employer utilement contre l'*insomnie*, surtout chez les neurasthéniques, les hystériques, dans les états nerveux des adolescents, nous devons citer le *bromure de camphre*. (Voir : Devos, p. 231. (B).

une sieste dans la journée : ceci ressort des tableaux que l'auteur présente et qui lui ont été fournis par M. Vigouroux, médecin de l'asile de Ville-Evrard. Ce point demanderait à être mieux éclairci, et il serait utile de faire une enquête à ce sujet, ainsi que sur les autres points de la question. Quoi qu'il en soit, les relevés des malades alités dans divers services (Magnan, Briand, Vigouroux), montrent, sinon les résultats de la thérapeutique, du moins la possibilité de la réalisation de la méthode.

A la question de l'alitement se rattache celle de l'isolement. Doit-on isoler les grands agités, doit-on les aliter dans les salles communes? Trénel donne l'indication des opinions des aliénistes allemands et la pratique de MM. Magnan et Briand, dont l'un repousse l'isolement de façon absolue, l'autre y recourt encore. Si l'on laisse de côté la question de discipline des salles de malades, Trénel pense que certains agités doivent être isolés dans un but thérapeutique ; les soustraire aux excitations de l'entourage est nécessaire, mais il ne s'agit pas ici de l'isolement permanent, mais bien du placement transitoire dans une chambre particulière avec surveillance. C'est aller trop loin que de vouloir faire disparaître d'une façon absolue les chambres d'isolement; là encore une enquête ultérieure serait utile.

Pour les *pratiques hydrothérapiques*, Trénel se borne à la question de grande actualité des *bains permanents et prolongés*. Il est de pratique courante, dans les cas d'insomnie simple, de donner un bain tiède le soir. Mais plus importante est la question du bain permanent. Née en France, la méthode y a été négligée, et est rééditée en Allemagne. Les auteurs donnent le bain permanent comme réalisant l'idéal de la médication sédative. Il nous manque une statistique des cas où l'hyoscine a dû être employée simultanément ; il faut cependant espérer qu'il y a là autre chose qu'un moyen de diminuer l'usage des hypnotiques. En France, Trénel n'a pu se procurer de renseignements sur la méthode; elle n'y a pas, à sa connaissance, été expérimentée. Il y a là une question de personnel et de dépense qui s'oppose à sa réalisation. On accorde la préférence, faute de mieux, aux bains prolongés, mais sans leur donner bien souvent la durée de douze heures que l'on a adoptée ailleurs : 12 heures de bain, 12 heures de lit, en intercalant au besoin quelques moments de promenade, cela constitue une méthode mixte qui mériterait d'être expérimentée plus systématiquement.

Il faut insister sur un petit point qui a son importance, c'est l'action excitante des bains très chauds atteignant 36°.

Trénel étudie la question de la *balnéation froide* complètement abandonnée dans les maladies mentales. Elle serait formellement indiquée dans le delirium tremens, où elle donnerait de merveilleux résultats. Son application serait désirable dans les délires

aigus et les psychoses s'accompagnant de fièvre ; mais là aussi les documents précis font défaut.

L'*enveloppement humide* est une pratique bien connue, mais de moins en moins employée. Cet ostracisme, dû aux accidents consécutifs (cas de mort par congestion pulmonaire, par collapsus), est peut-être trop absolu. Il est vrai que les indications en sont des plus mal spécifiées.

L'auteur a fait précéder cette revue thérapeutique de l'exposé des principales données cliniques et physiologiques générales sur l'agitation et l'insomnie. Cet exposé, comme il le remarque, n'a pu être qu'un recueil de documents. Il en fait ressortir l'imperfection de nos connaissances sur le sujet qui est encore à réétudier presque tout entier, et cliniquement, et expérimentalement.

M. Cullerre. — J'ajouterai quelques remarques au rapport si complet de M. Trénel. L'opium, dans la manie, n'a pas été préconisé seulement par Guislain. Marcé en a, en France, posé le premier, je crois, les indications. Moi-même, dans mon Traité paru en 1890, je me suis étendu sur l'utilité de l'extrait thébaïque au déclin de la manie, surtout chez les femmes. En ce qui concerne la morphine, je ne puis partager la manière de voir du rapporteur : c'est un médicament utile et précieux dans l'anxiété et un certain nombre de formes mélancoliques. Il est un médicament que je ne vois pas signalé dans le rapport, c'est l'alcool. Dans l'agitation et l'insomnie des athéromateux et des déments séniles, un verre de vin de Bordeaux ou une potion de Todd est d'un effet excellent, agréable pour le malade et plus inoffensif que la plupart des autres médicaments dirigés contre ce symptôme. L'action de l'alcool chez cette catégorie de malades a été signalée déjà par certains auteurs allemands et en particulier par de Krafft-Ebing. Enfin, je veux signaler l'action éminemment calmante, dans l'agitation incoercible de certains maniaques, mélancoliques et épileptiques, d'injections de sérum à la dose de 300 à 1.000 grammes. En même temps qu'elles améliorent l'état général, elles atténuent et parfois font disparaître l'agitation et l'insomnie d'une façon tout à fait remarquable.

M. E. Deschamps (de Rennes). — Les erreurs d'une thérapeutique symptomatique peuvent aggraver des cas bénins facilement curables au contraire en s'adressant aux fonctions de nutrition qui sont en cause.

Si le sommeil ne vient pas à son heure, c'est qu'il existe une raison majeure qui s'oppose à un minimum fonctionnel, et, loin de la violenter, il est urgent de l'aider à réparer le mal contre lequel l'insomnie n'est en réalité qu'un moyen de défense physiologique. L'excrétion est la fonction la plus intimement liée au sommeil. Chez tous les sujets à nutrition retardante, la nécessité

de l'excrétion maintient en dehors des limites normales la constance de la tension vasculaire, et il importe de n'employer pour amener le sommeil que des moyens qui soient de nature à ne pas la surcharger ou encore mieux à la favoriser. Il importe donc de rejeter, chez les nerveux simples, les neurasthéniques et les hystériques, l'usage des hypnotiques, qui agissent tous en jugulant, soit immédiatement, soit secondairement, la tension vasculaire. Il nous reste les moyens d'hygiène, les moyens d'action sur les fonctions excrétrices et les moyens physiques qui agissent sur la nutrition et l'excrétion. Le régime alimentaire lacto-végétarien et l'usage des laxatifs répondent aux deux premières indications. La troisième indication est remplie d'une façon on ne peut plus satisfaisante par la balnéation à température et durée variables selon des indications faciles à déterminer.

Chez les malades qui ont conservé une endurance suffisante à la calorification, on utilisera les bains tièdes à température descendante de 34° à 26° et d'une demi-heure de durée. Chez les malades dont l'état de la fonction cardio-vasculaire ne peut plus utilement ou même sans danger être sollicitée en vue de la production croissante de calorique, nous avons recours à la balnéation chaude à température ascendante de 38° à 41° et de 5 à 8 minutes de durée.

L'action de la chaleur agit directement comme énergie excitatrice sur le système nerveux et produit rapidement une vaso-dilatation considérable qui diminue la résistance totale et augmente la partie utile de la charge du cœur. Les réactions physiologiques salutaires de cette thérapeutique sont mises en évidence par la sudation souvent très abondante qui accompagne le retour à l'hypertension et l'augmentation considérable de la sécrétion urinaire ; et l'on voit des malades que l'anurie surtout empêchait de dormir se déclarer très satisfaits d'un sommeil entrecoupé par le besoin fréquent des émissions qui du reste n'est que passager.

M. Lallemant (de Quatre-Mares) dit avoir employé le bromhydrate de scopolamine en injections sous-cutanées chez de nombreux malades agités. L'action thérapeutique de cet alcaloïde lui paraît identique à celle du sulfate de duboïsine qu'il a expérimenté autrefois avec M. Mabille. La dose de 0 gr. 003 milligr. en vingt-quatre heures, aussi bien pour ce dernier médicament que pour la scopolamine, n'a jamais été dépassée. Dans un certain nombre de cas, les malades soumis à ce mode de traitement ont présenté de la diarrhée et des vomissements, mais il a toujours suffi de supprimer le médicament pour faire disparaître ces accidents.

L'orateur ajoute que c'est seulement dans les états d'excitation qu'il a recours à la scopolamine, car il a eu l'occasion de constater que, chez les sujets déprimés, cet alcaloïde était plus nuisible qu'utile.

M. Devos (de Selzaete) insiste sur les bons résultats qu'il a obtenus avec la *codéine* et le *bromure de camphre ;* ces deux médicaments seraient, d'après l'orateur, les hypnotiques de choix. Contre l'excitation et l'agitation, M. Devos a volontiers recours à la digitale ou à la digitaline, à l'aconitine et à la cicutine.

M. Dubois (de Berne) combat, comme M. Deschamps, l'emploi des hypnotiques et des médicaments stupéfiants dans les psychonévroses. A son avis, le traitement rationnel de ces affections doit être exclusivement psychique.

M. Lalanne (de Bordeaux) préconise la duboisine. — M. L'Hoest prescrit le triconal dans l'insomnie simple, le chloralose dans l'agitation moyenne, la duboisine dans les grandes agitations.

M. Peeters (de Bruxelles) tient à signaler, parmi les moyens physiques de combattre l'insomnie et l'excitation de certains névropathes, l'électrisation faradique ou galvanique, le massage vibratoire et quelques autres procédés mécaniques utilisés actuellement en thérapeutique.

M. Doutrebente (de Blois) déclare que les enveloppements humides lui ont paru donner des résultats bien supérieurs à ceux de l'alitement dans le traitement de l'agitation. Il fait remarquer que ces enveloppements ne sauraient être assimilés à un moyen de contrainte, à une sorte de *restraint* particulier, comme l'ont prétendu quelques auteurs qui se sont appuyés sur cet argument pour combattre l'emploi du drap mouillé. L'orateur ajoute que, pour obtenir des enveloppements le maximum d'effet, on doit s'abstenir de réchauffer l'eau dans laquelle on trempe le drap — sous peine de ne pas obtenir la réaction que l'on recherche —, mais se servir d'eau à la température ambiante.

M. Trénel. — L'alitement a l'avantage incontestable de calmer les malades ; l'aspect d'un service d'agités couchés est tout différent de celui d'un quartier d'agités levés. La plus grande difficulté à la généralisation de la balnéation prolongée tient à ce que les infirmiers des asiles sont occupés pendant un nombre d'heures excessif et n'ont que des repos insuffisants dans la journée de vingt-quatre heures.

Séance de projections à l'Institut Solvay à 11 heures.

La poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte.

M. A. Van Gehuchten. L'existence de la poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte ne repose encore que sur l'étude d'un petit nombre de cas anatomo-pathologiques. Duchenne (de Boulogne) a proposé, en 1872, d'isoler des multiples variétés d'atrophie musculaire

qui peuvent survenir chez l'adulte, celles qui évoluent avec une symptomatologie plus ou moins analogue à celle de la paralysie infantile. Il les désigna sous le nom de *paralysies spinales antérieures aiguës de l'adulte* et les attribua à une atrophie aiguë des cellules antérieures de la moelle.

Cette hypothèse de Duchenne fut bientôt confirmée par une observation anatomo-pathologique de Gombault; mais la valeur de cette confirmation est aujourd'hui généralement contestée. Il n'en est pas de même du cas publié par Schultze en 1878, du cas que Williamson a relaté en 1890 et d'un cas de Von Kahlden publié en 1893, qui nous paraissent être des cas incontestables de poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte, contrairement à l'opinion de Déjerine qui exprimait l'idée, en 1890, « qu'il n'existe actuellement aucun cas de poliomyélite aiguë de l'adulte dont le diagnostic ait été confirmé par l'examen de la moelle ».

Malgré ces faits, beaucoup d'auteurs n'admettent pas encore comme démontrée l'existence de cette entité morbide.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas clinique de poliomyélite antérieure aiguë chez une jeune fille de vingt et un ans, ayant entraîné en quelques jours une paralysie complète de tous les muscles du tronc et des quatre membres avec intégrité complète de la sensibilité. La mort est survenue deux mois après le début de la paralysie. L'examen de la moelle a démontré l'existence d'une destruction complète bilatérale de la corne grise antérieure depuis la moelle cervicale supérieure jusqu'au niveau du deuxième segment sacré. C'est ce que démontrent de toute évidence les coupes de la moelle qui vont *être projetées*. Cette destruction de la substance grise est le plus accentuée au niveau du renflement cervical et lombaire. Elle y est tellement intense qu'elle a entraîné un affaissement complet de la corne et un plissement de la substance blanche enveloppante.

Dans les parties détruites, il n'y a plus ni cellules nerveuses, ni fibres nerveuses. On y rencontre en abondance des vaisseaux sanguins dilatés à parois épaissies, entourées d'une couche épaisse de petites cellules. Ces lésions vasculaires semblent intéresser exclusivement les veines. C'est ce que l'on voit nettement au niveau de la fissure médiane antérieure où, à côté d'une artère du sillon, normale, on trouve une veine profondément altérée. Elles sont le plus accentuées dans la substance grise, diminuent rapidement dans la substance blanche au point que, arrivées dans l'épaisseur de la pie-mère, presque tous les vaisseaux sont normaux. Entre les vaisseaux altérés on trouve un nombre considérable de petites cellules entremêlées avec des cellules de neuroglie hypertrophiées renfermant un ou deux noyaux vésiculeux et pourvues de nombreux prolongements.

La malade ayant survécu un peu plus de deux mois au début de

l'affection, il est difficile de dire, d'après nos préparations, quelle est la nature de la lésion initiale. Nous croyons cependant que, dans notre cas, la destruction de la substance grise doit être attribuée à des hémorrhagies médullaires. Quelle que soit d'ailleurs la nature de cette lésion initiale, une chose nous paraît incontestable, c'est que la lésion médullaire est une lésion primaire. Il s'en suit que l'existence de la poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte ne peut plus être contestée.

L'origine réelle et le trajet intra-cérébral des nerfs moteurs établis par la méthode de la dégénérescence wallérienne indirecte.

M. A. Van Gehuchten. Pour établir l'origine réelle des nerfs moteurs, nous avons eu recours, dans ces dernières années, à la méthode experimentale de Nissl, c'est-à-dire à la recherche des cellules en chromolyse quelques jours après la section expérimentale du nerf périphérique. Cette méthode n'est pas à l'abri de tout reproche : tout d'abord la chromolyse des cellules radiculaires n'est pas un phénomène *constant*, puisque, entre nos mains, la section des nerfs spinaux n'a jamais été suivie de la chromolyse des cellules médullaires correspondantes ; ensuite cette méthode ne fournit aucun renseignement sur le trajet des fibres radiculaires entre le point sectionné et les cellules d'origine.

Nous croyons avoir trouvé une méthode nouvelle à l'abri de ce double reproche. Elle est basée sur ce fait, que nous avons établi antérieurement : c'est que l'*arrachement* d'un nerf moteur est suivi, au bout de vingt-cinq à trente-cinq jours, de la disparition complète des cellules d'origine et de la dégénérescence wallérienne consécutive de toutes les fibres radiculaires. C'est à cette dégénérescence wallérienne des fibres du bout central d'un nerf arraché, dégénérescence contraire à la proposition négative contenue dans la loi de Waller, que nous avons donné le nom de *dégénérescence wallérienne indirecte*. Pour se servir de cette méthode il suffit d'arracher, sur le lapin par exemple, n'importe quel nerf moteur spinal ou cranien, de laisser survivre l'animal pendant trente à soixante jours et de traiter la partie correspondante du tronc cérébral par la méthode de Marchi ; on y trouvera en dégénérescence complète toutes les fibres du bout central depuis leur noyau d'origine réelle jusqu'à leur sortie de l'axe nerveux. On pourra ainsi : 1° établir les masses grises en connexion avec les différents nerfs ; 2° résoudre la question encore si discutée de l'existence ou de la non-existence de fibres croisées dans les nerfs périphériques.

Nous avons appliqué cette méthode à l'étude des nerfs spinaux et de tous les nerfs moteurs craniens, à l'exception du trijumeau et du glosso-pharyngien. Les projections que nous allons faire devant vous, vous montreront les résultats obtenus.

Nerf oculo-moteur commun. — Les fibres radiculaires proviennent *toutes* du noyau classique ; les plus proximales sont toutes des fibres directes, les plus distales sont à la fois directes et croisées ; les premières proviennent de la partie ventrale du noyau correspondant, tandis que les fibres croisées sortent de la moitié dorsale du noyau du côté opposé. Aucune fibre ne provient ni des tubercules quadrijumeaux supérieurs (contra Majano), ni par le faisceau longitudinal postérieur du noyau d'origine du nerf VI (contra Duval et Laborde).

Nerf pathétique. — Toutes les fibres proviennent du noyau classique. Le plus grand nombre d'entre elles sortent du noyau du côté opposé et s'entrecroisent dans la valvule de Vieussens ; un petit nombre de fibres sont *directes.*

Nerf oculo-moteur externe. — Toutes les fibres radiculaires sont *directes.* Elles proviennent de deux masses grises distinctes : un noyau dorsal ou le noyau classique et un noyau ventral ou noyau accessoire situé dans la formation réticulaire, conformément à nos recherches expérimentales de 1898. Ce noyau ventral, décrit par nous en 1893 et désigné par Koplan et Finkelnburg, sous le nom de « noyau de Van Gehuchten », appartient donc réellement au nerf VI et non pas au nerf VII comme le pensent Siemerling et Boedeker, Gianulli, Bach, Wyrubow et d'autres.

Nerf facial. — Le tronc du nerf facial est formé exclusivement de fibres *directes.* Le faisceau de fibres nerveuses que la plupart des auteurs considèrent comme représentant les fibres croisées du nerf facial, n'appartient pas au nerf de la septième paire. Il n'est pas formé de fibres radiculaires, mais de fibres centrales ayant leurs cellules d'origine dans le noyau de Deiters, pour devenir, après entrecroisement dans le raphé, des fibres constituantes du faisceau longitudinal postérieur.

Nerf pneumogastrique. — Les fibres motrices du nerf pneumogastrique sont *toutes* des fibres *directes.* Les unes proviennent du noyau dorsal ou noyau à petites cellules, les autres du noyau ventral, noyau à grosses cellules ou noyau ambigu, conformément à nos observations, publiées en 1898.

Nerf accessoire de Willis. — Nous avons établi, dans un travail antérieur, que les fibres bulbaires du nerf de Willis appartiennent en réalité au nerf pneumogastrique. Le nerf de la onzième paire doit donc être considéré comme ayant une origine exclusivement *médullaire.* Il est formé exclusivement de fibres *directes.* Celles-ci, réunies en petits faisceaux distincts, sortent de la face latérale de la moelle cervicale le long des cinq premiers segments médullaires. Si on poursuit leur trajet depuis leur origine apparente jusqu'à leur origine réelle, on voit que chaque petit faisceau de fibres radiculaires traverse transversalement la moelle jusqu'au niveau de la partie externe de la corne grise postérieure. Là, les fibres se

recourbent en bas pour devenir verticales, réunies en trois ou quatre petits fascicules nettement distincts. De ces faisceaux radiculaires à direction verticale, part ensuite un nombre considérable de faisceaux plus petits, à direction antéro-postérieure pouvant se poursuivre, les supérieurs, jusqu'au centre de la corne grise antérieure, les inférieurs, jusque dans la partie externe de cette même corne grise.

Nerf hypoglosse. — Les fibres radiculaires proviennent du noyau classique. Ce sont toutes des fibres directes. Le noyau accessoire de Roller ne donne pas origine à des fibres radiculaires.

Nerfs spinaux. — Après arrachement du plexus brachial ou du nerf sciatique, on voit de nombreuses fibres radiculaires en dégénérescence provenir de la corne grise antérieure du côté correspondant. Aucune d'entre elles ne provient du côté opposé. Nous pouvons en conclure que les fibres motrices continues dans les nerfs correspondants, sont exclusivement des fibres croisées.

Conclusions. — De l'ensemble de nos recherches se dégage cette conclusion : les nerfs moteurs périphériques sont tous formés de fibres exclusivement *directes*. Il n'y a d'exception que pour le *nerf pathétique*, qui est formé essentiellement de fibres *croisées* et pour le *nerf oculo-moteur commun* qui renferme à la fois des *fibres directes* et des *fibres croisées*.

Sur le mode de contact entre les neurones.

Mlle M. Stefanowska (Bruxelles). — Il est généralement admis que, dans la conduction du courant nerveux, les prolongements dendritiques du neurone jouent le rôle d'appareils de réception et que les prolongements cylindraxiles constituent l'appareil de distribution du courant. Le passage du courant nerveux s'opère par le contact entre les dendrites d'un neurone et les arborisations cylindraxiles d'un neurone voisin. Or, l'étude de l'anatomie de la cellule nerveuse nous permet d'affirmer que, *dans la majorité des cas*, le contact entre les cellules nerveuses est assuré à l'aide d'appareils terminaux appropriés à ce but. Dans plusieurs publications antérieures, j'ai démontré que, chez les animaux adultes et bien portants, toutes les cellules corticales sont munies d'innombrables *appendices piriformes*, qui se terminent librement. Ils sont révélés par plusieurs méthodes de coloration (procédé lent et rapide de Golgi, méthode de Cox, méthode au sublimé de Flateau, méthode au bleu de méthylène vital par injection et par apposition du colorant). Dans des recherches plus récentes, j'ai signalé que ces mêmes terminaisons à bout épaissi existent également dans les noyaux gris à la base du cerveau, dans le cervelet et le bulbe. Enfin, dernièrement, j'ai trouvé les appendices piriformes dans la moelle épinière du lapin et surtout chez la grenouille. Nous voyons

ainsi que c'est là un mode général de terminaison des dendrites nerveuses. D'un autre côté, l'éminent histologique espagnol R. y Cajal a décrit depuis longtemps que les fines arborisations des fibres nerveuses dans la moelle épinière, l'écorce cérébrale et cérébelleuse, se terminent par des boutons qui entrent en contact avec les dendrites.

En résumé, les deux pôles de la cellule nerveuse portent des terminaisons épaissies, dont le contact assure le passage du courant nerveux, exactement comme cela se passe dans les machines électriques. Bien entendu, cette analogie superficielle ne préjuge en rien sur la vraie nature du courant nerveux, mais en revanche elle permet de nous placer sur le véritable terrain anatomique pour comprendre aussi bien la distribution indépendante du courant nerveux suivant les voies préétablies, que la variation de sa vitesse et même ses interruptions passagères ou définitives. Il se peut, en effet, que d'imperceptibles oscillations de ces appareils terminaux puissent ouvrir ou fermer le passage au courant nerveux dans une direction déterminée.

Cette communication ainsi que celle de M. Van Gehuchten, accompagnées de nombreuses *projections* ont vivement intéressé les membres du Congrès. Tous les assistants ont admiré l'institution Solvay.

Séance du 7 aout (soir).

Note sur une forme particulière de sitiophobie.

M. A. Cullerre (La Roche-sur-Yon). — La sitiophobie des aliénés est communément attribuée à l'état saburral des voies digestives, à des hallucinations, à des idées délirantes ou à l'idée fixe du suicide.

Certains cas, cependant, échappent à cette pathogénie et semblent relever d'une forme d'anorexie voisine de l'anorexie hystérique (Lasègue, Charcot) ou plutôt de l'anorexie mentale (Sollier).

Cette forme est assez rare; les troubles psychopathiques du malade sont étrangers à son développement : début insidieux; le refus d'aliments, non motivé, est d'abord intermittent puis devient total et peut se prolonger indéfiniment. Absence de troubles digestifs; modification progressive de l'état mental par la diminution des fonctions psychiques et la stupeur. Résistance prolongée de l'organisme. La terminaison peut être favorable, le malade au bout d'un temps plus ou moins long, se remettant à manger spontanément; ou mortelle, par marasme progressif ou plutôt affection intercurrente.

Suit l'observation d'un individu atteint de délire systématisé,

qui, sans aucun motif, se mit à refuser les aliments et ne succomba qu'au bout de deux ans à des accidents pulmonaires d'origine tuberculeuse.

M. A. Marie demande à M. Cullerre s'il a essayé l'emploi de la sérumthérapie contre cette sitiophobie, ainsi que le préconisent Krœpelin et ses élèves et comme MM. Briand et Marie l'ont appliqué avec succès à plusieurs malades déprimés de leurs services.

M. Cullerre reconnaît l'utilité fréquente du sérum, mais ne l'a pas appliqué à son malade qui était un persécuté.

Syndromes solaires expérimentaux.

M. Laignel-Lavastine (de Paris). — L'auteur donne le nom de *syndrome solaire d'excitation ou de paralysie* à l'ensemble des symptômes résultant de l'excitation ou de l'ablation totale du plexus solaire, réservant le nom de symptôme solaire d'excitation ou de paralysie, à chacun des troubles, pris isolément, qu'il constate, après excitation ou ablation du plexus, dans le fonctionnement des viscères dépendant du plexus solaire. Le *syndrome solaire de paralysie*, réalisé par l'ablation du plexus et non par la section des splanchniques, consiste essentiellement en abattement, tristesse, vomissements, diarrhée fétide, sanglante et incoercible, pouls très petit et rapide, urines rares et foncées contenant des pigments biliaires normaux et anormaux et de l'indican. Ce syndrome peut être aigu, subaigu ou chronique. Quand, *aigu*, il se termine par la mort, on trouve une hyperhémie très intense des organes digestifs abdominaux. Quand, *chronique*, il aboutit à la guérison, l'animal paraît jouir d'une santé parfaite. Ces faits montrent, d'une part, le rôle du plexus solaire sur la caenesthésie, la pression vasculaire la physiologie gastro-intestinale et la sécrétion biliaire. Ils montrent, d'autre part, *que la fonction régulatrice exercée par le plexus solaire peut-être compensée.* Le syndrome solaire aigu d'excitation produit par le tiraillement ou la contusion du plexus solaire, consiste essentiellement en douleur épigastrique, constipation et élévation de la tension artérielle due à la vaso-constriction abdominale.

Epilepsie thyroïdienne.

M. Bastin (Marchienne-au-Pont). — Beaucoup de dégénérescences que nous qualifions différemment ne sont pas étrangères aux lésions ou au mauvais fonctionnement du corps thyroïde. A ce propos, j'ai soigné depuis environ trois ans, plusieurs malades, porteurs d'un goître plus ou moins bien développé, qui ont présenté des attaques de grande épilepsie souvent répétées, malgré l'absorption quotidienne de fortes doses de KBr. Ces malades n'étaient pas à proprement parler des basedowiens: l'épilepsie seule attirait l'at-

tention. Est-ce à la compression de la tumeur sur les vaisseaux et les nerfs du cou, ou plutôt au résultat du mauvais fonctionnement de la glande, qu'il faut attribuer le mal comitial en pareil cas? Je crois plutôt, comme on l'admet pour le myxœdème, que le corps thyroïde secrète des nucléines diverses indispensables au maintien de l'action normale du système nerveux ou qu'il détruit, par un mécanisme encore inconnu, certaines leucomaïnes de désassimilation circulant dans le sang et empoisonnant ainsi nos cellules nerveuses. En tout cas, l'absence ou la mauvaise qualité de la sécrétion thyroïdienne est capable d'éveiller une épilepsie latente, au même titre qu'une matière toxique leucomaïne, ptomaïne, etc. On dit d'ailleurs que l'épilepsie se retrouve assez souvent dans l'hérédité myxœdémateuse. Chez tous ces malades, l'administration de 0,50 centigrammes à 1 gramme d'iodothyrine a amené une grande amélioration de leur état et, même chez certains, l'absence complète des crises jusqu'à ce jour.

La colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier). — Colonie pour aliénés hommes.

M. Lwoff (Ainay-le-Château). — L'installation de la Colonie de Dun-sur-Auron, destinée aux femmes, ayant donné de bons résultats, le département de la Seine décide de procéder à un essai de colonisation d'hommes. Ainay-le-Château (Allier), primitivement destiné aux femmes, est choisi pour tenter cet essai. L'existence autonome de la colonie d'hommes date du 1er juin 1900. La population se monte d'abord hostile au placement des aliénés hommes, mais s'habitue rapidement et préfère actuellement les hommes aux femmes. La colonie se développe d'une façon continue et la population, qui était de 100 en 1900, passe à 162 en 1901, à 200 environ en 1902, et, au moment où nous écrivons ces lignes, elle hospitalise près de 360 pensionnaires. Vitalité de la colonie, renseignements statistiques : population traitée, sorties, décès, évasions, professions, réintégrations, installation, matériel médical (infirmerie) et administratif de la colonie. Hygiène et alimentation des malades hospitalisés chez les habitants; l'habillement. Vie des malades à la colonie; leurs occupations; distractions. Vie libre avec surveillance médicale active et continue. Quelques mots sur les origines de l'assistance familiale. Du choix des malades. Peut-on se guider dans ce choix par les indications qu'on trouve dans les classifications existantes? Eléments du choix : âge, forme délirante, date de la maladie, etc. Organisation médicale indispensable pour assurer le bien-être moral et matériel des malades. Les inconvénients des grandes colonies. La population ne devrait pas dépasser le chiffre de 400. Difficultés que présente le service médical dans des colonies à population déterminée. Conclusions.

MM. Deperon, Marie et Meeus, à l'occasion de ces conclusions déposées devant le Congrès, font observer, malgré l'absence de l'auteur qu'on ne saurait interpréter ni accepter comme un axiome définitif la limitation au chiffre de 400 du nombre des malades d'une colonie. Tout dépend des conditions particulières et ce chiffre n'est admissible que pour la proportion des malades par médecin. Tous les services d'une grande colonie doivent être subdivisés entre les médecins par groupe de 3 à 400 malades par médecin (exemple Gheel) sans autre limitation.

La douleur à volonté.

M. le professeur Brissaud cite trois cas très intéressants de malades atteints de névralgies très douloureuses à caractère angoissant et à périodicité nocturne. Ces malades ont été guéris par un traitement psychothérapique. Il considère ces faits comme d'origine hallucinatoire. La douleur a certainement existé au début, mais elle est devenue dans la suite une obsession, une idée fixe.

M. le professeur Bernheim (de Nancy). — J'ai observé beaucoup de faits analogues à ceux que M. Brissaud vient de rapporter. Un certain nombre sont relatés dans mes deux livres : *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique; — Hypnotisme, suggestion psychothérapie.* — Je rappellerai brièvement quelques faits qui me viennent à l'esprit. Un monsieur d'une quarantaine d'années avait été traité pour une appendicite qui semblait guérie. Trois semaines environ après la guérison, survinrent des crises de coliques excessives dans la région abdominale inférieure droite, durant une heure à une heure et demie avec constipation opiniâtre et contracture de la paroi abdominale. Ces crises journalières résistèrent à tous les traitements et le malade finit par s'injecter 10 centigrammes de morphine par jour. A cette époque, en 1889, la laparotomie n'était pas aussi usuelle qu'aujourd'hui. Quand, au bout d'un an, le malade me fut confié, les crises revenaient régulièrement à peu près vers huit heures du matin. Lorsque j'étais présent, je voyais le malade couver sa crise, la face se gripper et je sentais sous ma main la paroi abdominale se contracturer, surtout à droite. J'arrivai alors, par suggestion à l'état de veille et application de la main sur la région sensible, à arrêter la crise, à dissiper la contracture et les douleurs existantes, ou à les empêcher de se produire. Pendant tout le temps que j'eus le malade en traitement, les crises étaient conjurées et la morphine resta supprimée (voir *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*, 2e édition, page 402).

Il s'agissait évidemment de l'image psychique d'une douleur ap-

pendiculaire, peut-être greffée sur une lésion consécutive à l'appendicite, que le cerveau évoquait, en même temps que la crampe intestinale. C'était de l'auto-suggestion.

Des manifestations autres que la douleur peuvent par le même mécanisme auto-suggestif apparaître à heure fixe. Je citerai le fait d'une jeune fille atteinte d'une toux nerveuse, véritable rugissement continu, commençant à sept heures du matin et s'arrêtant brusquement à huit heures du soir. En trompant la malade sur l'heure, par exemple, en avançant l'heure de la pendule, le rugissement cessait à l'heure artificielle. La malade guérit d'ailleurs par le traitement psychique.

Voici encore une observation : Une jeune dame brésilienne avait à la suite d'une frayeur, depuis dix-huit mois, des crises d'hystérie convulsive; les crises venaient régulièrement à chaque repas, entre le premier et le second plat. J'arrivai facilement par ma méthode à la guérir. Il est probable qu'une première crise ayant eu lieu à ce moment, entre le premier et le second plat, le souvenir de cette crise l'évoquait au même moment psychologique à chaque repas, comme un cheval qui se cabre toujours au même endroit.

Les vomissements nerveux qui viennent régulièrement après chaque repas ou une à deux heures après le repas, greffés sur une dyspepsie réelle, peuvent être entretenus par l'auto-suggestion. J'en ai guéri beaucoup par traitement psychique (voir : *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*, 2e édition, page 454).

Récemment encore, entrait dans mon service une jeune femme qui vomisssait depuis huit mois tous ses repas et pour laquelle on avait réclamé la gastro-entérostomie. C'était une nerveuse, souvent dyspeptique, maltraitée par un mari ivrogne. En peu de jours, par simple persuasion, elle fut débarrassée de ses vomissements. Je pense que beaucoup de vomissements dits incoercibles de la grossesse sont dûs au même mécanisme auto-suggestif. Sans doute les premiers vomissements de la grossesse sont d'origine reflexes. Mais chez certaines nerveuses, ces vomissements, après une certaine durée, sont exagérés par le psychisme ; ils restent pour ainsi dire enregistrés par le cerveau et se perpétuent par une sorte d'automatisme psychique, devenant incoercibles, jusqu'à ce qu'une bonne suggestion, bien faite, ait déraciné cette habitude nerveuse. Le fait est que j'ai souvent guéri des vomissements opiniâtres gravidiques par la simple suggestion.

Ces divers phénomènes créés ou revivifiés par le psychisme sont excessivement fréquents ; mes livres en sont pleins. Ils ne se répètent pas toujours périodiquement ; leur retour est suggéré par des incidents divers ou par les caprices de l'imagination.

L'origine de l'auto-suggestion est souvent organique. Citons un enfant qui avait une hyperesthésie de la région ombilicale liée à une excoriation légère de l'ombilic et qui fut détruite par sugges-

tion ; un jeune garçon qui pendant deux ans eut une violente douleur hypogastrique avec ténesme vésical et besoin d'uriner plus de trente fois par jour, consécutivement à un coup reçu dans le ventre. Après de multiples traitements par des spécialistes, cathétérisme, injections épidurales, j'arrivai à le guérir par simple persuasion.

Citons encore un vieillard artérioscléreux, sujet à des crises vertigineuses, avec défaillance, qui furent enrayées par suggestion; les premiers vertiges étaient réels, dus à l'ischémie cérébrale ; les autres étaient surtout auto-suggestifs.

Un autre vieillard était atteint d'aortite avec angine de poitrine; ces accès se répétaient plusieurs fois par jour depuis des mois. Comme le malade vivait malgré la fréquence de ces accès, je pensai que la plupart d'entre eux n'étaient que des copies auto-suggestives des accès réels dont l'image psychique restait dans le cerveau. La suggestion en effet réduisit le nombre des accès à deux environ par semaine, effaçant tous ceux qui était purement psychiques.

Je pourrais multiplier indéfiniment le nombre de ces faits qu'explique facilement la doctrine de la suggestion, telle que je l'ai établie. Un mot encore sur ce phénomène signalé par M. Brissaud : que les douleurs périodiques peuvent survenir à heure fixe la nuit et réveiller le sujet en plein sommeil. C'est que le sommeil n'est pas l'inconscience, ni l'inertie cérébrale. Le cerveau pendant le sommeil peut penser et travailler consciemment; mais c'est un autre état de conscience. Réveillé, le sujet ne se rappelle pas qu'il a pensé. On s'endort avec l'idée d'un problème à résoudre; on se réveille avec la solution trouvée dans son cerveau, la nuit porte conseil. On s'endort avec l'idée de se réveiller à heure fixe. Les uns se réveillent à heure fixe, parce qu'ils ont la notion de l'heure et entendent sonner la pendule. Les autres, obsédés par l'idée de ne pas manquer l'heure, se réveillent plusieurs fois pendant la nuit pour voir l'heure ; au réveil, ils ne se rappellent pas y avoir pensé. Le somnambule, comme Paganini écrivant sa *Sonnate du diable*, n'est pas un automate : il travaille sciemment et consciemment, mais sans souvenir au réveil (voir : *De la suggestion et de ses applications thérapeutiques*, 2e édition, page 213).

De même, le sujet qui est habitué à avoir une douleur ou une autre manifestation nerveuse à une certaine heure de la nuit peut, pendant son sommeil sentir l'incubation psychique de ce phénomène et le réaliser par l'auto-suggestion comme pendant la veille.

Sur l'excitabilité des muscles dégénérés.

Mlle le Dr Ioteyko (Bruxelles). — Les muscles mis en état de dégénérescence (section du nerf) présentent des modifications histologiques qui marchent de pair avec des modifications de leur excitabilité (réaction de dégénérescence). Or, de mes recherches se dé-

gage la possibilité d'un rapport systématique entre ces deux ordres de phénomènes. En étudiant de plus près les faits d'excitabilité des muscles dégénérés, je suis arrivée à réduire considérablement l'influence exercée par l'énervation du muscle. Les phénomènes s'expliquent aisément grâce aux nouvelles découvertes sur la physiologie du muscle, et sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir l'influence du système nerveux. Les recherches physiologiques de ces dernières années (Bottazi, Ioteyko) [1], ont montré qu'il existe incontestablement dans chaque cellule ou fibre musculaire deux substances contractiles : la substance fibrillaire anisotrope (disques sombres), anciennement connue, et le protoplasme non différencié ou sarcoplasme, qui se trouve plus ou moins abondamment dans chaque cellule ou fibre musculaire. Le sarcoplasme possède des caractères d'excitabilité différents de la substance fibrillaire. Le sarcoplasme se contracte lentement (muscles lisses et muscles striés rouges, riches en sarcoplasme). La substance fibrillaire se contracte très rapidement (muscles striés pâles). Le sarcoplasme est moins excitable que la substance fibrillaire : il demande, pour réagir, non seulement une force d'excitant supérieure, mais aussi, comme je l'ai mis en relief, *une durée d'excitation plus longue*. Il en résulte que les muscles riches en sarcoplasme (muscles lisses) sont très peu excitables par les ondes d'induction isolées, alors qu'ils sont très sensibles au courant galvanique. Il ressort de mes recherches que l'état variable du courant galvanique (fermeture et ouverture) agit comme un excitant principalement sur la substance fibrillaire anisotrope, tandis que le régime permanent agit comme excitant principalement sur la substance sarcoplasmatique. Ces faits étant établis, les phénomènes caractérisant la réaction de dégénérescence des muscles deviennent facilement explicables. Morphologiquement, le muscle dégénéré présente un retour à l'état embryonnaire : diminution ou disparition de la substance fibrillaire (perte de la striation) et développement considérable du sarcoplasme. Le muscle perd donc ses caractères de différenciation et cesse d'être muscle strié. Il acquiert les caractères morphologiques du muscle lisse. En même temps, il devient un muscle lisse par son fonctionnement. Ce qui caractérise avant tout la réaction de dégénérescence d'Erb, c'est la perte de contractilité faradique du muscle avec conservation de la contractilité voltaïque, et la lenteur de la secousse. Ces modifications de la secousse sont précisément dues à l'abondance du sarcoplasme dans le muscle dégénéré ; elles constituent la réaction normale, caractéristique du sarcoplasme, qui, étant moins différencié que la substance fibrillaire, n'est pas

[1] Ioteyko. — Etudes sur a contraction tonique du muscle strié et ses excitants. (*Mémoires de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, tome XVIII, 1er fasc. et brochure de 100 pages, Lemertin, 1903).

excitable par les ondes rapides d'induction. Il n'est excitable que par le passage permanent du courant voltaïque, et ne réagit que par la contraction lente, qui lui est particulière.

Régénération autogène chez l'homme et la théorie du Neurone.

M. G. Durante (de Paris). — A l'autopsie d'un malade dont le médian avait, cinq ans auparavant, été reséqué sur une longueur de 20 centimètres, l'auteur a constaté, dans le bout périphérique non réuni, des tubes nerveux complets ne différant des tubes normaux que par une coloration moins régulière de la myéline par le Pal, et des cellules fusiformes ainsi que des bandes protoplasmiques renfermant un cylindraxe central caractéristique. — L'état embryonnaire de ces éléments permet d'affirmer qu'il s'agit non pas de filets provenant d'autres troncs, mais bien d'une néoformation *sur place* en dehors de toute réunion avec le bout central.

Cette observation de *régénération autogène chez l'homme* concorde avec les résultats expérimentaux obtenus par Bethe, Ziegler, Ballance, Stewart, Henriksen, mais est en opposition formelle avec la conception du neurone.

L'auteur ne croit pas que le neurone puisse être actuellement soutenu histologiquement, pas plus chez l'embryon que chez l'adulte.

Le nerf périphérique n'est pas le prolongement d'une cellule centrale, mais une *chaîne de cellules différenciées*. On peut toutefois se demander si chaque segment interannulaire est formé aux dépens d'un seul noyau, ou si deux noyaux interviennent dans son développement, l'un conservant son rôle purement nutritif (noyau de Schwann), l'autre se modifiant pour constituer tout ou partie du cylindraxe. Adamkiewicz, Kupffer, Ziegler, G. Durante ont, en effet, constaté des *noyaux* dans l'épaisseur du *cylindraxe* adulte ou en évolution. La question ne peut encore être que posée ; mais ce fait est à rapprocher de l'opinion d'autres auteurs (Fragnito) qui voient dans les granulations de Nissl les débris de granulations embryonnaires ayant concouru à la formation de la cellule ganglionnaire.

L'unité fonctionnelle de cette chaîne cellulaire existe, mais n'est pas aussi strictement limitée qu'on l'a soutenu. En effet, d'une part, le bout périphérique d'un nerf sectionné subit une régression cellulaire, conserve une vie latente, mais ne dégénère pas ; d'autre part le passage des altérations d'un neurone au neurone adjacent est un phénomène fréquent (*propagation des dégénérescences directe et rétrograde*).

La neurone n'était qu'une interprétation qui a servi à élucider quelques faits. Cette théorie, comme toute théorie biologique, ne renferme qu'une part de vérité et doit se modifier suivant le pro-

grès de la science. — Il faut savoir nous dégager aujourd'hui de cette conception très commode, il est vrai, mais trop étroite, qui semble avoir donné tout ce que l'on en pouvait espérer et qui, trop simple et trop imparfaite, ne saurait plus, actuellement, qu'apporter des entraves aux progrès de la neurologie.

Le rôle du noyau dans la régression musculaire.

MM. De Buck et De Moos (Gand). — Les auteurs admettent avec Durante que la régression musculaire s'opère par le double processus de la régression plasmodiale et de l'individualisation cellulaire ; mais ils croient pouvoir conclure de leurs nombreuses recherches d'ordre expérimental et anatomo-pathologique que dans cette régression, le noyau, qui est le centre trophique du *myocyte*, joue un rôle actif, à la fois chimique et mécanique. Par son rôle bio-chimique il contribue à la régression du myoplasme, qui s'irradie toujours autour du noyau comme centre trophique, et cette *sarcolyse*, aidée de la prolifération nucléaire, opère et dirige les processus mécanique d'expliation, de clivage, de la fibre musculaire, qui vont jusqu'à la disparition complète de l'élément différencié. La régression musculaire constitue donc un processus *d'autophagocytose, d'autosclérose*, dans lequel un rôle actif important est dévolu au noyau. Les auteurs rapprochent ce phénomène de sarcolyse du phénomène de l'histolyse en général (phagocytose leucocytaire, chondrolyse, ostéolyse, résorption de corps étrangers et de tissus nécrosés) et croient qu'on se trompe en attribuant tout le rôle biochimique, fermentitiel, au seul cytoplasme et en ne tenant aucun compte du nucléoplasme. La grande variabilité du noyau musculaire n'a pas permis jusqu'ici de saisir les modifications morphologiques qui correspondent à son activité sarcolytique.

Atrophies musculaires progressives spinales et syphilis, (Note préliminaire).

M. André Léri. — La syphilis n'a paru entrer jusqu'à ce jour que pour une part minime dans l'étiologie des diverses affections qui se sont partagé les dépouilles de l'ancienne amyotrophie Aran-Duchenne. Des observations personnelles cliniques et anatomiques et des recherches sur les cas jusqu'ici publiés, nous ont convaincu que la méningo-myélite syphilitique occupe, au contraire, une place prépondérante dans la pathogénie de ces maladies amyotrophiques (de celles au moins qui relèvent d'une origine spinale) et que la grande majorité des soi-disant poliomyélites antérieures chroniques sont, en réalité, des méningo-myélites syphilitiques. Nous avons pu réunir près de trente cas où la syphilis existait manifestement dans les antécédents des malades atteints d'amyotrophies

progressives, soit qu'elle ait été avouée par les malades et notée dans les observations, soit qu'elle ait coïncidé avec une affection reconnue aujourd'hui d'origine toujours ou presque toujours syphilitique, tels le tabes ou la paralysie générale, telle encore la glossite gommeuse, l'irido-chroroïdite à répétition, etc... Il semble bien peu vraisemblable qu'il ait pu s'agir d'une simple coïncidence, d'une part, à cause de l'extrême fréquence avec laquelle la syphilis a été rencontrée dans les cas où elle a été recherché, d'autre part, parce que l'amyotrophie a débuté, chez presque tous les sujets, dans un délai de sept à quinze ans après le chancre, délai tout à fait normal pour les affections médullaires tertiaires et qui est en particulier celui que l'on trouve pour le tabès. Les lésions rencontrées par nous dans un cas ont été des lésions de méningo-myélite vasculaire diffuse exactement semblables à celles déjà trouvées par le professeur Raymond (*Soc. Méd. des Hôp.*, 3 février 1893) : les altérations vasculaires, la périartérite et surtout la périphlébite avec infiltration lymphocytique des différentes tuniques sont celles que l'on considère aujourd'hui comme presque spécifiques de la syphilis. Les portions périphériques, immédiatement sous-méningées, des cordons blancs sont en partie altérées aussi et les cordons de Goll sont légèrement dégénérés dans la région cervicale; on comprend que l'altération puisse gagner en profondeur et atteindre les faisceaux pyramidaux; c'est sans doute ce qui a pu donner lieu, dans un nombre de cas, à l'exagération des réflexes et à l'extension des orteils : un tableau clinique simulant presque complètement la sclérose amyotrophique s'est trouvé ainsi constitué, mais l'amyotrophie datait parfois de trop longues années pour pouvoir entrer dans le cadre habituel de la maladie de Charcot; il est vraisemblable de supposer que les rares cas signalés de sclérose latérale amyotrophique à très longue évolution étaient en réalité des cas de méningo-myélites syphilitiques semblables à ceux qu'ont observés le professeur Raymond et nous-même.

Cliniquement, nous n'avons pu séparer les amyotrophies progressives syphilitiques des autres cas de maladie d'Aran-Duchenne; trois symptômes nous avaient paru un moment plaider en faveur d'une séparation : l'existence de douleurs, la parésie précédant l'atrophie, la plus courte évolution. Mais de nouveaux cas nous ont montré que les douleurs, parfois signalées dans des cas de soi-disant amyotrophies Aran-Duchenne, ne sont nullement constantes dans la méningo-myélite syphilitique ou du moins sont tellement minimes qu'elles passent aisément inaperçues; d'autre part, il est à peu près impossible d'apprendre d'un malade si la parésie a réellement précédé l'atrophie, car, presque toujours la gêne fonctionnelle précède la constatation de l'amyotrophie qui n'est jamais remarquée que quand elle est déjà fort notable; enfin, la

méningo-myélite syphilitique peut évoluer sous les allures les plus torpides et les plus lentement progressives : aucun symptôme, en somme, ne nous permet de croire qu'elle donne lieu à une forme cliniquement différenciable de l'amyotrophie spinale.

Au point de vue thérapeutique, la notion de la fréquence de la syphilis dans l'étiologie des amyotrophies spinales progressives est de grande importance : nous n'en voulons pour preuve que l'auto-observation, déjà très ancienne, d'un médecin syphilitique chez qui une amyotrophie progressive avancée était, après trois années d'évolution, en pleine voie de guérison par l'emploi du traitement ioduré. alors que tout autre traitement avait échoué : contrastant avec ce résultat, les bienfaits des cures hydro et électrothérapiques ordinairement préconisées, n'ont pas jusqu'ici, à notre connaissance, été bien appréciables.

Du traitement thyroïdien chez les idiots mongoliens, myxœdémateux infantiles, obèses et offrant un arrêt de développement physique.

M. Bourneville donne les résultats avantageux de la *médication thyroïdienne* chez les malades atteints de ces diverses catégories dont l'une d'elles a eu seize traitements de trois mois depuis 1895 (ingestion de glande fraîche de mouton). Sauf dans les cas où les cartilages épiphysaires étaient soudés, la taille a subi un accroissement régulier et considérable. (*Nombreuses radiographies et photographies*). (*Sera publié.*)

Accès épileptiformes chez les déments précoces.

M. Paul Masoin (Gheel). — Sur un total de 825 malades (services réunis des Drs Meeus et Paul Masoin), il y a 65 déments précoces. De ces 65, cinq seulement présentent parfois des accès épileptiformes. (Observations). Ces accès se reproduisent à intervalles assez éloignés ; leur aspect est variable, comme l'est l'épilepsie vraie; parfois les accès paraissent absolument identiques à ceux de l'épilepsie convulsive vulgaire. Il va de soi qu'il ne s'agit pas, en l'occurence, d'épilepsies méconnues, ultérieurement suivies de démence. Les diagnostics de démence hébé-phrénocatatonique (Meeus) sont particulièrement établis ; la plupart de ces cas ont été observés pendant de très nombreuses années, deux d'entre eux, dès le début de la maladie.

Troubles de la sensibilité dans la démence précoce

M. Paul Archambault (Tours). — Un homme de vingt-sept ans, employé de bureau, atteint de démence hébéphrénique, interné depuis trois ans, occupait ses nuits à s'introduire sous la peau des bras, des jambes et du tronc, et cela symétriquement, des mor-

ceaux de fil de fer provenant de son sommier. En lui faisant prendre un bain de propreté, l'infirmier lui vit le corps couvert de petites plaies : chacune était la porte d'entrée de 37 morceaux d'une longueur variant de 3 à 11 centimètres et de 1 millimètre et demi à 2 millimètres de diamètre. Ces corps étrangers furent extraits en quatre séances : les incisions au bistouri, parfois longues et profondes, n'ont jamais amené chez le malade la moindre plainte, ni la moindre réaction de défense : on aurait cru taillader un cadavre. A deux ou trois reprises toutefois, on a pu remarquer une légère contraction de la face. Le malade, à ce moment-là, dans une période de dépression et de mutisme, a cependant deux fois indiqué où se trouvaient encore des morceaux de fer.

Le diagnostic de la démence.

M. Massaut (Charleroi). — A défaut de types cliniques à évolution déterminée, il serait très précieux de connaître des signes permettant d'établir le pronostic des cas particuliers. Quels sont les symptômes autorisant à conclure à l'existence de la démence? Il faut entendre par démence l'affaiblissement *irrémédiable* et le plus souvent progressif, de l'activité mentale. Dans ses degrés inférieurs, l'intelligence connaît uniquement ce qui entoure l'individu et offre pour lui un intérêt immédiat et direct : elle va du particulier au particulier. A mesure qu'elle se développe, elle remarque des ressemblances et des différences plus délicates, elle généralise et abstrait de plus en plus, elle fait des synthèses, délibère, poursuit un but éloigné, découvre et invente ; elle fait avec conscience ce qui était d'abord fait sans conscience. Les sentiments moraux sont en rapport direct avec l'épanouissement intellectuel et leur progrès consiste essentiellement dans le développement de l'altruisme et de la solidarité. L'attention et la mémoire jouent un rôle prépondérant dans le développement de l'intelligence. Dans sa désagrégation, l'intelligence perd en premier lieu ses facultés les plus complexes, les plus délicates, les plus récentes, les sentiments moraux, le pouvoir d'abstraire, de raisonner; elle se réduit progressivement aux fonctions les plus égoïstes, les plus habituelles et automatiques, les plus élémentaires. Le problème du diagnostic de la démence est double : il consiste : 1° à distinguer la démence des états qui la simulent (stupeur, troubles affectifs) ; 2° à reconnaître les signes d'une démence commençante ou légère.

Pour résoudre la première difficulté, il n'y a pas de signe certain; il faut se baser surtout sur la disproportion entre les troubles affectifs et le trouble intellectuel et sur la marche de la maladie; il est bon d'être réservé dans son pronostic.

Les premiers signes de la démence sont variables ; il faut citer

surtout la perte ou la diminution des sentiments élevés, altruistes, esthétiques ; l'indifférence, l'apathie, la sensibilité plus grande à la fatigue, l'instabilité du caractère ; la diminution de l'attention; la difficulté croissante de raisonner d'une façon suivie, surtout abstraite ; d'acquérir de nouvelles idées ; la diminution de la volonté persévérante. L'affaiblissement intellectuel peut être masqué par l'habitude et la routine, par la ruse et l'adresse.

C'est en présence de situations nouvelles pour le malade que l'on doit juger de son niveau intellectuel. Il n'y a pas de criterium de la démence, c'est-à-dire de signe existant toujours dans l'affaiblissement psychique et n'existant dans aucun autre état. Il faut donc réunir plusieurs symptômes et exclure les autres causes, pathologiques ou non, d'altération psychique.

Les différentes formes cliniques peuvent donner à la démence certains caractères particuliers.

L'emploi des procédés d'exploration psycho-physiologique, hautement recommandable pour l'étude approfondie des troubles mentaux, ne peut pas encore être généralisé.

Observations sur la catatonie.

M. Paul Masoin (Gheel). — L'auteur a étudié tout particulièrement les symptômes catatoniques dans la démence précoce : attitudes, stéréotypies, tics, impulsions (Maniren). Ce sont des actes d'automatisme pur : ils n'expriment en aucune manière une idée quelconque ; il y a absence de but, absence d'unité, absence de relation de ces mouvements entre eux ou avec une idée quelconque. Il y a identité absolue entre ces symptômes d'ordre moteur et l'automatisme (gesticulations, tics, négativismes) de l'idiot. Comme chez l'idiot, ces symptômes sont l'expression d'automatisme cérébral : chez l'idiot, l'inhibition corticale est annihilée par altération congénitale. Chez le dément précoce, l'inhibition forme la base de l'état psychique; le dément précoce est un inhibé (Meeus), d'où automatisme facile des centres inférieurs. Ce qui confirme cette thèse, c'est le fait que des mouvements catatoniques (dans le sens de la répétition de certains mouvements sans signification propre) se présentent dans tous les états passagers ou définitifs où le pouvoir inhibiteur cortical est atteint, en d'autres mots dans la plupart des états de stupeur cérébrale (traumatisme, délire aigu, hystérie (?), épilepsie, paralysie générale à la dernière période). Poussant la thèse plus loin encore, l'auteur rappelle ce fait d'observation vulgaire, à savoir que, chez l'homme normal, même lorsque l'esprit est occupé par un travail intellectuel intense, comme aussi chez les sujets distraits, on observe fréquemment des mouvements de peu d'étendue, et sans signification spéciale ; ils s'exécutent également à l'insu du sujet et pourraient durer parfois pen-

dant des heures entières, sans provoquer la sensation de fatigue. L'origine et la permanence des tics, chez des sujets pour le reste normaux, s'accordent également avec cette même thèse (Meige) : l'absence d'inhibition des centres corticaux supérieurs sur ceux des étages inférieurs du cerveau et de la moelle.

M. le Dr Henry Meige (Paris) communique au Congrès un certain nombre d'observations personnelles qui peuvent contribuer à fixer plus fidèlement le diagnostic de la *catatonie*. Il pense que l'intervention corticale sur les actes moteurs peut se vérifier en quelque sorte chez les êtres normaux et les êtres anormaux. En étendant les bras horizontalement et en les laissant retomber sur les cuisses on constatera une différence. L'être normal laissera tomber les bras dans un mouvement régulier selon la loi de la chute des corps ; l'anormal les laissera choir ou trop vite ou trop lentement. Il a observé plusieurs cas, mais pas encore suffisamment pour établir une règle déterminée. M. Meige appelle simplement l'attention du Congrès sur la question.

Le puérilisme mental.

M. Ernest Dupré (de Paris). — J'ai observé, au cours d'affections cérébrales très variées (tumeurs et abcès encéphaliques ; alcoolisme, hystérie, états démentiels organiques et vésaniques) une altération singulière de la personnalité, pour laquelle j'ai déjà proposé le terme de *puérilisme*, et qui mérite une place à part dans le cadre psychoséméiologique.

Il s'agit d'un syndrome psychopathique, caractérisé par la nature puérile des réactions psychiques, par une sorte de régression de la mentalité ou stade de l'enfance. Cet état morbide se marque par une série concordante et symétrique de manifestations psychiques et expreesives, dont l'apparition, souvent soudaine et inattendue, transforme, pour ainsi dire, en enfants de cinq à dix ans les adultes atteints de puérilisme. Le syndrome se caractérise ainsi essentiellement par la nature enfantine des sentiments, des tendances, des goûts et des occupations : les malades jouent à la poupée, aux soldats, etc. ; par l'habitude, l'expression mimique, le langage et son intonation ; par la suggestibilité et l'ensemble des réactions et de la conduite des petits enfants. Le langage est semé de locutions et de formules enfantines ; l'écriture, transformée, reproduit dans ses lettres gauches et inexpérimentées, dans des dessins primitifs, dans des alignements de chiffres et de syllables, répétés à la façon des modèles d'écriture, etc., les spécimens les plus curieux de la graphologie des tout petits écoliers. Les malades acceptent les friandises, les joujoux ; tutoient les interlocuteurs ; conversent avec des inflexions de voix, des jeux de physionomie, des manières, etc., qui reproduisent, avec la plus fidèle exactitude

toutes les réactions ingénues par lesquelles s'exprime la personnalité de l'enfant. Les manifestations, toutes spontanées d'ailleurs, et dont l'apparition est souvent brusque, s'imposent, par leur caractère étrange et inattendu, à l'observateur. Aussi ont-elles déjà été signalées par divers auteurs, notamment par Carré de Mongeron et Pitres, dans l'hystérie, et par quelques cliniciens allemands et anglais (Mohr, Gowers, etc.) dans les tumeurs cérébrales (*Kindischer Wesen; Ckildishness*).

Le puérilisme peut exister seul ou se combiner soit avec différentes modalités pathologiques du ton affectif (dépression, excitation), soit avec un degré plus ou moins marqué d'affaiblissement intellectuel. Les combinaisons donnent lieu à des variétés dépressives ou expansives de l'humeur, dans lesquelles la note enfantine toujours reconnaissable, confère au syndrome une expression particulière. C'est ainsi que la *Moria* ou *Witzelsucht* des Allemands représente une altération morbide de l'humeur, caractérisée par le mélange de l'excitation euphorique du sentiment et du tour enfantin de l'esprit, qui se traduit par une jovialité frivole, une disposition à la farce, qui contraste étrangement avec la gravité de de la situation pathologique. Dans le cas contraire, lorsque le puérilisme s'allie à la dépression du ton affectif, le malade boude, fait la moue, entre dans des colères puériles, etc. La réaction emprunte encore ici sa caractéristique à l'humeur enfantine du malade.

Lorsque le puérilisme apparaît sur un fond d'affaiblissement intellectuel, il donne aux manifestations de la démence, que celle-ci soit précoce, organique, sénile, etc., un cachet spécial, une tournure enfantine, qui se marque par la nature des goûts, des occupations, etc., des malades : c'est ainsi qu'on voit, dans les asiles, certaines démentes jouer à la poupée et se conduire comme des petites filles.

Le puérilisme me semble être, dans la plupart des cas, surtout lorsqu'il évolue par accès subits, paroxystiques, éphémères, et s'allie à d'autres manifestations de la névrose, un syndrome de nature hystérique. Dans d'autres cas, lorsqu'il est chronique, le puérilisme représente une modalité clinique particulière des états démentiels.

Quelle que soit l'étiologie de ce syndrome, il s'agit là d'un état psychopathique spécial qui n'est, à proprement parler, ni démentiel, ni dépressif, ni expansif, ni délirant; mais qui, n'appartenant à aucune espèce morbide, peut apparaître, disparaître ou persister et se combiner aux différents syndromes des encéphalopathies les plus variées. Il était nécessaire de l'analyser en soi, de le distinguer dans les complexus cliniques dont il fait partie, de le différencier de l'*infantilisme* des dégénérés, consécutif à l'agénésie intellectuelle, et du *retour à l'enfance* des séniles, consécutif à l'in-

volution démentielle ; bref, d'individualiser ce syndrome particulier sous une étiquette claire et précise, que j'ai proposée et que je soumets au Congrès, dans le vocable de *puérilisme*.

A propos de la communication sur *le Puérilisme* de M. le Dr Dupré, M. Marie rappelle les états d'enfance spirituelle des auteurs mystiques dont il a parlé avec M. le Dr Vallon, à propos des psychoses religieuses dans les *Archives de Neurologie* en 1897. M. Marie rapproche de ces états de puérilisme paroxystiques, ceux permanents qu'on observe à l'asile, où il est fréquent de rencontrer parmi les démentes, les vieilles aux poupées, parfois atteintes du délire micromaniaque par lequel elles se croient rapetissées et revenues aux dimensions de l'enfance et se conforment par leur attitude, leur vêture, leur parler, etc., à cette illusion.

Aperçus et démonstrations sur la folie maniaque dépressive.

M. le Professeur Thomsen (Bonn). — Aperçus sur l'étendue du tableau clinique de la folie maniaque dépressive. Formes prolongées. (Démonstration). Y a-t-il une exaltation périodique et une mélancolie périodique juvénile indépendantes de la folie maniaque et dépressive ? (Démonstration). Existe-t-il une vraie folie à double forme qui n'appartienne à la folie maniaque dépressive ? (Démonstration). La folie maniaque dépressive est-elle guérissable ? (Démonstration). Est-il possible de mettre un diagnostic différentiel précis entre la folie maniaque et dépressive et la démence précoce dans la *première* attaque ? Et comment ?

Mélancolie avec idées de persécution et idées de suicide chez un syringomyélique. Examen histologique.

M. Raviart (Armentières). — Depuis que la syringomyélie est connue, les auteurs ont rapporté de nombreux cas dans lesquels coexistaient avec elle des troubles mentaux de diverse nature. La syphilis, l'alcoolisme, le surmenage, l'hérédité, etc., pouvant chez ces malades comme chez les autres déterminer la production de la paralysie générale, de l'épilepsie, de la manie et d'une façon générale de la plupart des psychoses, la *coïncidence* d'une de ces maladies mentales avec l'affection médullaire ne présente pas un très grand intérêt. Mais à côté de ces cas, il en est d'autres dans lesquels les troubles mentaux observés semblent en rapport avec la syringomyélie. Schlesinger et Kienböck des premiers, ont été frappés par l'état mental spécial présenté par certains malades, notamment par ceux chez lesquels prédominent les troubles tro-

phiques ; ces malades sont chagrins, maussades, se plaignent pour la moindre des choses, sont peu communicatifs et présentent en outre un léger affaiblissement des facultés intellectuelles. Ce sont là en somme les premières manifestations d'un état mélancolique qu'on pourra rencontrer beaucoup plus marqué, c'est ainsi que Redlich a observé un cas de mélancolie chronique et que plus récemment Pierre Marie et Guillain ont publié quelques observations de syringomyéliques présentant des troubles analogues.

L'observation suivante, jointe à celles des auteurs précités vient contribuer à montrer l'existence chez certains syringomyéliques de troubles mentaux de nature mélancolique.

Il s'agit d'un homme de soixante-trois ans sans antécédents héréditaires, non alcoolique, non syphilitique, qui en 1870, reçut un éclat d'obus à la jambe gauche, souffrit énormément du froid, et subit en captivité notamment de nombreuses privations. Quelques années plus tard apparurent les premiers signes : douleurs, parésie des sphincters, d'une syringomyélie qui évolua progressivement et dont le malade près de trente ans plus tard présentait la plupart des symptômes : Atrophie musculaire localisée aux membres supérieurs, attitude dite *main de prédicateur*, tremblements, dissociation syringomyélique, troubles subjectifs de la sensibilité, arthropathies des membres supérieurs, troubles trophiques cutanés et troubles sphinctériens.

Quelque temps après le début de l'affection, l'entourage du malade s'aperçut que son caractère se modifiait : devenu sombre et peu communicatif, aigri par ses infirmités naissantes, il ne parlait que pour se plaindre ; déjà à cette époque cédant au découragement, voyant le jour prochain où il ne pourrait plus arriver à gagner son pain il exprimait parfois l'envie qu'il avait de mettre un terme à ses jours. Au fur et à mesure que l'affection évoluait, il devenait de plus en plus sombre ; incapable de travailler et réduit à la mendicité, notre malade d'abord déprimé était atteint sept ans avant la mort de mélancolie avec idées de persécution. « Grincheux et malotru », il se plaignait de tout et de tous, et se défiait de chacun. Il voyait bien qu'on disait du mal de lui, il s'en fâchait et invectivait les personnes de son entourage. Puis des *hallucinations de l'ouïe* survinrent, « on lui parlait d'une maladie vénérienne qu'il avait contractée et qui devait entraîner son renvoi de l'hospice, ses voisins de lit lui reprochaient d'avoir manqué de pudeur en présence d'une sœur, ils le menaçaient de le faire opérer et lui reprochaient de n'avoir pas le courage de se suicider après un tel déshonneur ». Depuis lors il se tenait à l'écart, parlait seul, et de temps à autre allait en pleurant trouver un de ses amis : il était, disait-il, « bouleversé par tout le monde », il savait qu'il allait mourir, on le traitait de lâche et on lui disait de se suicider. Une première fois il était sorti dans l'intention de se noyer mais

il rentra à l'hospice « il n'avait pas eu le courage de le faire, le canal était très loin et il faisait trop froid ».

Mais quelques jours plus tard il se levait la nuit et se rendait dans une cave ou il se donnait cinq coups de couteau dans l'abdomen. Nous le vîmes le lendemain, il était fort déprimé, et c'est en pleurant qu'il nous parla de ses idées de suicide. Il présentait en somme de la mélancolie avec idées de persécution et de suicide, basées sur des hallucinations de l'ouïe ; ses facultés intellectuelles étaient légèrement affaiblies. Transporté à l'asile de Dury, le malade y succomba quelques jours après son entrée des suites de ses blessures.

A l'Autopsie, *l'encéphale* avait un aspect normal, la *moelle* présentait dans sa portion cervico-dorsale les lésions caractéristiques de la syringomyélie gliomateuse ; il n'y avait pas d'altérations des méninges rachidiennes ; atrophies musculaires marquées ; la masse des fléchisseurs de l'avant-bras gauche (main de prédicateur) pesait 55 grammes, celle du côté droit en pesait 182.

Lésions osseuses à type hypertrophique des têtes humérale et radiale, prononcées surtout du côté droit. *L'examen histologique* de l'écorce cérébrale a montré les lésions suivantes :

Un très grand nombre de cellules nerveuses sont altérées, particulièrement dans les circonvolutions frontales où elles le sont en majorité, les circonvolutions ascendantes ont plus d'eléments sains, les grandes cellules pyramidales y sont à peu près normales et ce sont surtout les cellules moyennes qui sont le siège des altérations, enfin les lésions sont beaucoup moins intenses dans les circonvolutions. Ce sont les lésions ordinaires de la cellule nerveuse ; chromatolyse, désintégration granuleuse périnucléaire, disparition du protoplasme ; altérations nucléaires allant jusqu'à la transformation vésiculeuse du noyau. Neuronophages. Pas de lésions très marquées de la névroglie. Vaisseaux normaux.

L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que les troubles mentaux présentés par le malade, semblent en rapport avec l'affection médullaire. Ils ne sauraient être en effet considérés comme indépendants de la syringomyélie car l'état de dépression dans lequel fut plongé le malade quelque temps après le début de la maladie paraît intimement lié à l'apparition des symptômes douloureux et des troubles sphinctériens qui vinrent le tourmenter et le mettre en quelque sorte dans l'impossibilité de gagner sa vie. La syringomyélie a, dans l'espèce, joué le rôle d'agent provocateur de la psychose, d'autre part un autre lien rattache selon nous les deux affections et il est tout naturel de penser que les mêmes facteurs qui ont déterminé la production de la syringomyélie ont placé le cerveau dans un état de moindre résistance favorable à l'éclosion de troubles mentaux. Aussi, rapprochant notre cas de ceux précédemment observés, croyons-nous pouvoir dire que :

A côté des maladies mentales simplement associées à la syringomyélie, on peut observer à des degrés divers un état mental caractérisé par un état de dépression mélancolique plus ou moins prononcé qui peut, dans certains cas, se compliquer d'idées délirantes de persécution et d'idées de suicide. Cet état mental naîtrait sous l'influence de la perturbation profonde qui apporte dans la vie des malades l'apparition de certains symptômes (douleur, troubles sphinctériens par exemple), sa production serait favorisée par un état de moindre résistance du cerveau lésé par les facteurs étiologiques ordinaires de la syringomyélie : refroidissement, traumatisme, surmenage, infection. Des lésions marquées des cellules nerveuses de l'écorce cérébrale ont été constatées.

Fréquence et évolution des lésions du fond de l'œil dans la paralysie générale, par RAVIART et CAUDRON. (Sera publié *in extenso*.)

Étude de pathologie comparée sur les tics de léchage de l'homme et du cheval.

MM. F. RUDLER et C. CHOMEL (d'Héricourt). — Il est d'observation courante que beaucoup de chevaux sont *lécheurs ;* mais un *tic de léchage* n'est constitué que lorsque l'action de lécher devient permanente, involontaire, chez des sujets prédisposés par un état psychopathique spécial.

Le *tic de léchage* consiste chez le cheval à passer fréquemment la face dorsale de la langue sur les corps environnants. Le tiqueur lèche ses voisins à l'encolure et aux épaules et de préférence les chevaux en sueur ; il lèche aussi les murs, sa mangeoire, cela tous les jours et plusieurs fois par jour.

Tous les tiqueurs observés par les auteurs présentaient des anomalies psychiques : caractère nerveux, émotif au point que l'un des chevaux tombe sous l'influence d'une émotion vive ; leur impressionnabilité est exagérée ; leur impatience se traduit par le hochement de tête, le trépignement. Quelques-uns ont l'habitude de trottiner et ne vont jamais au pas, même dans une longue suite d'étapes successives. Les phobies sont fréquentes.

L'anesthésie du bout du nez existe chez la plupart : sensibilité des barres, inégale de l'un à l'autre côté ; les réflexes sont normaux plusieurs suent exagérément. On relève dans la plupart des cas des asymétries faciales et corporelles ; quelques tares acquises. Il y a des troubles de la dentition (surdents, dents cariées). La nutrition est bonne chez ces chevaux et plusieurs sont monture d'officier.

Les tics de léchage de l'homme n'offrent qu'un point de comparaison fort imparfait ; ils sont chez l'homme rarement isolés et appartiennent à la série des *tics variables ;* comme l'ont montré

MM. Henry Meige et Feindel, le tic de léchage se prend par l'habitude de lécher et de mordiller des excoriations labiales; ces auteurs citent le cas d'un chien devenu onychophage. Mais actuellement rien ne démontre que le *tic de léchage* du cheval, lequel peut exister seul, ait même pathogénie que le tic de léchage chez l'homme, l'onychophagie chez l'homme et chez le chien. Il n'est pas plus surprenant toutefois de voir le cheval lécher une plaie de ses berres ou ronger sa mangeoire que l'homme mordiller ses gerçures des lèvres ou ronger ses ongles inconsidérément; mais les auteurs n'ont pu observer de faits, ni favorables ni contraires à cette pathogénie. (A rapprocher de la communication de M. Meige, p. 294)[1].

Excitation et dépression périodique. Délire circulaire fruste dans un cas de syphilis héréditaire.

MM. F. Raymond et Pierre Janet (de Paris). — Une jeune femme de vingt-sept ans présente un syndrome mental vraiment très curieux : elle semble atteinte d'un trouble régulièrement périodique, assez semblable à certaines formes de délire circulaire. Mais ce qui est singulier, c'est que les périodes de dépression mélancolique et d'agitation demi-maniaque sont ici extrêmement courtes : chacune d'elles ne dure que vingt-quatre heures. La malade a régulièrement, depuis dix mois, une journée d'agitation et une journée de dépression.

Le père de la malade était alcoolique et syphilitique ; celle-ci, d'une intelligence peu développée, présenta des troubles nerveux dès l'époque de la puberté ; aboulique, inquiète, obsédée par des scrupules, elle fut troublée par quelques émotions vers l'âge de dix-neuf ans. A cette époque commencèrent des crises d'agitation irrégulières comme on en observe souvent chez les psychasthéniques. Peu à peu ces crises se sont régularisées comme de véritables tics et ont pris la forme périodique dans laquelle elles réapparaissent pendant vingt-quatre heures tous les deux jours.

A ces troubles mentaux s'ajoutent des symptômes physiques graves et caractéristiques : la parole, sans être caractéristique, est lente et pâteuse; la démarche est un peu hésitante, la malade ne peut se tenir debout les yeux fermés ; les réflexes rotuliens et achilléens sont complètement absents. Enfin, les pupilles, larges et irrégulières, ne réagissent aucunement ni à la lumière ni à l'accommodation. L'examen oculaire constate une légère atrophie de la pupille, probablement consécutive à d'anciennes lésions intraoculaires; des traces d'iritis ancien et des synéchies qui immobilisent

[1] Les cas de ce genre sont fréquents chez les aliénés, en particulier chez les enfants. (B.).

l'iris. En un mot, il est probable que cette malade a présenté, il y a quelques années, une irido-choroïdite peu intense, peut-être avec kératite parenchymateuse. Ces troubles oculaires semblent bien en rapport avec une syphilis héréditaire ; les auteurs recherchent si les troubles nerveux et mentaux ne peuvent être rattachés à la même cause. Après avoir montré que ni le tabes, ni la paralysie générale ne sont absolument incontestables, ils admettent des lésions syphilitiques des centres nerveux et indiquent comment les troubles psychasténiques et l'agitation périodique, ainsi que cela existe dans d'autres observations, peuvent en être une conséquence indirecte.

Une vérification curieuse de ce rôle de la syphilis dans un état mental de ce genre a été fourni par le traitement. Après un mois de traitement spécifique, le résultat a été des plus remarquables : les troubles intellectuels ont à peu près disparu. Cette amélioration dure depuis le mois de février de cette année : c'est-à-dire que le trouble périodique ayant duré dix mois est arrêté depuis cinq mois.

SÉANCE DU 8 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. LE PROFESSEUR MASOIN.

De la suggestion matérialisée à l'état de veille.

M. L. PETERS (de Bruxelles. — L'action thérapeutique de la suggestion, hypnotique ou à l'état de veille, n'est plus contestée actuellement pour certaines maladies. Si quelques médecins refusent ou hésitent encore à se servir de l'hypnothérapie, tous cependant emploient la suggestion verbale à l'état de veille. A cette dernière nous ajoutons, depuis quelques années et souvent avec succès, une nouvelle suggestion par les agents physiques et particulièrement l'électricité.

Celle-ci, dont nul plus que nous ne reconnait l'action spéciale, est en outre le meilleur moyen pour matérialiser la suggestion.

Elle frappe par sa puissance mystérieuse, l'imagination et fait accepter par le cerveau ses effets curatifs. Une instrumentation impressionnante, comme en exigent la Franklinisation, les hautes fréquences, les rayons X, etc., y contribuent largement. Pour réussir, il faut que le médecin sache inspirer une confiance entière à son malade et semble avoir lui-même une foi absolue dans l'efficacité de son remède. Il doit étudier l'individualité psychique de chaque patient, chercher le défaut de la cuirasse de son scepticisme et faire pénétrer ses suggestions sous une forme convenable. D'après notre expérience, c'est l'électricité qui remplit le mieux ce rôle.

L'emploi systématique de la suggestion matérialisée peut parai-

tre un procédé anti-scientifique à certains esprits non familiarisés avec cette méthode de traitement. Mais qu'importe le mécanisme de la guérison, pourvu qu'on guérisse. N'est-il pas préférable de guérir par ce procédé plutôt que de bourrer scientifiquement le parient de bromures pendant des années sans aucun résultat? Charcot, quoique non croyant, n'envoyait-il pas à Lourdes ceux de ses malades susceptibles de bénéficier de la suggestion religieuse? Nous pensons que la suggestion à l'état de veille, sous forme matérialisée, doit entrer dans l'arsenal thérapeutique. Elle guérira parfois, soulagera souvent, consolera presque toujours.

Crises hyperalgiques périodiques persistant pendant plusieurs jours de suite et datant de plusieurs années, guéries par la suggestion hypnotique.

M. Jules Voisin (Paris). — *Observation.* — Crises d'hyparalgésies hystériques, datant de douze ans, revenant périodiquement d'abord tous les ans, puis tous les six mois, puis tous les trois mois, et enfin tous les dix jours depuis deux ans, guéries par la suggestion hypnotique. Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue : 1° la nature des crises hyperalgésiques de la malade ont été méconnues pendant douze ans; les crises hyperalgésiques avec modification du caractère, sensation d'étranglement et crises de larmes sont les seules manifestations hystériques de la maladie; 3° la guérison remontant à six mois, obtenue par la suggestion hypnotique.

Contribution à la Psychothérapie suggestive en Suède. — Quelques mots sur la méthode du Dr Wetterstrand : Sommeil prolongé, hypnose thérapeutique. — Sa technique.

Mlle le Dr Mélanie Lipinska, lauréate de l'Académie de Médecine de Paris. — Pendant mon séjour à Stockolm, grâce à l'extrême amabilité du Dr Otto Wetterstrand, je pus examiner ses malades, qu'il me soit donc permis de le remercier bien vivement ici et de faire connaître sa méthode thérapeutique. Le Dr Otto Wetterstrand exerce la médecine depuis 1873; quant au traitement hypnotique, il s'en occupe depuis 1886. Il a publié ses premières observations relatives à la psychothérapie en 1888 et depuis il s'est voué à cette branche de la médecine avec toute sa persévérance et son intelligence. Le premier compte rendu de ses expériences, inséré dans le journal *Hygiène*, était basé sur 753 cas et a provoqué une vive discussion à la Société médicale de Stockolm sur l'hypnotisme et sa valeur thérapeutique. En automne 1889, Wettestrand a fait une série de conférences devant un auditoire nombreux composé de médecins et d'étudiants en médecine, et des leçons cliniques sur la psychothérapie avec présentations de malades.

En 1891, il a publié en allemand un livre sur l'hypnotisme et son application dans la médecine pratique, qui a été traduit en russe, en anglais et en français. Il a écrit un certain nombre d'articles dans le *Zeitschrift für Hypnotismus* et dans la *Revue de l'Hypnotisme*. Je dois citer surtout un article dans le *Zeitschrift* intitulé : Le sommeil prolongé. En effet, M. Wettestrand a employé ce mode de sommeil avec le plus grand succès dans beaucoup de cas. En 1896 il a parlé sur le même sujet au Congrès de Psychologie à Munich. Beaucoup de médecins étrangers sont venus chez lui pour apprendre la méthode d'endormir les malades et de faire la suggestion entre autres, M. le professeur Forel, le professeur Hirt, de Breslau; le Dr Van Roterghem, d'Amsterdam; le Dr O. Coront, de Baden-Baden; le Dr Tatyn, de Munich; le Dr Milne Bramwell, le Dr Lloyd-Tuckey, de Londres; le Dr Timojeff, de St-Pétersbourg, et bien d'autres encore. Il venait des malades de la Norvège, du Danemark de la Finlande, de la Russie, de l'Allemagne, de l'Autriche, de la Suisse, des Etats-Unis, de l'Angleterre et de la Pologne. Il est bien difficile d'en faire la statistique, mais d'après mes renseignements personnels, je crois que leur nombre dépasse 12 000.

Il a traité avec succès plus de 400 alcooliques, des dipsomanes, et il affirme avec toute son autorité, qu'il n'y a pas de traitement aussi efficace dans ces maladies, opinion conforme à celle de Lloyd Tuckey et du Dr Bramwell en Angleterre. Il ne reçoit que les malades qui ont été déjà soignés par les autres méthodes thérapeutiques, ce qui rend son rôle particulièrement difficile. Ses écrits et ses leçons ont fait connaître en Suède le traitement hypnotique aujourd'hui appliqué par beaucoup de ses élèves. Comme Liébault, Forel, Vogt et d'autres encore, il pense que l'essentiel du traitement hypnotique est dans une hypnose profonde; au début du traitement, il ne fait qu'une ou deux suggestions. Il a démontré ce que le sommeil par lui-même peut faire et il affirme qu'on ne peut pas parler d'un traitement psychique sans une hypnose profonde.

La technique. — La technique du sommeil prolongé, tel que la conçoit O. Wetterstand, doit être envisagée d'abord chez les malades soignés dans des pensions de famille par le docteur lui-même. Il les endort une ou deux fois par jour et pratique sur eux la suggestion pendant le sommeil. Au début, ces suggestions sont peu nombreuses une ou deux seulement, à savoir : Soyez calme et tranquille, vos fonctions s'accompliront bien. Les malades ne se réveillent que pour satisfaire leurs besoins : boire, manger, etc. Ayant une grande confiance en M. W. les malades suivent ses conseils à la lettre.

Au bout de deux ou trois semaines, les malades reprenent leurs forces, *l'équilibre* du système nerveux se rétablit, *les malades peuvent alors quitter* l'établissement; ils passent dans la deuxième catégorie. Celle-ci comprend les malades qui se rendent chez le doc-

teur pour se faire soigner. Ils sont reçus à son domicile particulier.

Quatre pièces leur sont destinées, à savoir: 1° une salle d'attente; 2° un cabinet de travail dans lequel il examine tous les malades. Cet examen se pratique le matin ou l'après-midi, mais toujours avant les séances de suggestion; 3° un petit salon où il n'endort qu'un ou deux malades, ceux qui doivent rester seuls; 4° un grand salon où tout est disposé pour donner le calme : des fleurs, des tapis épais, des rideaux aux portes et aux fenêtres, des bibliothèques, aux murs des portraits de médecins célèbres, etc. Les malades sont ainsi déjà suggestionnés par le milieu ambiant avant toute intervention médicale. Quant à ceux qui sont éveillés, il les engage à dormir. Il met sa main droite sur les sinus frontaux et sa main gauche sur la région précordiale. Le malade s'endort alors doucement, le Dr Wetterstand revient plusieurs fois et applique sur l'organe malade une main ou deux.

Les malades qui ont besoin de soins plus prolongés s'étendent sur des canapés, les autres s'assoient sur des fauteuils ou des chaises — hommes et femmes, quelle que soit leur condition sociale — comme cela est conforme aux mœurs du Nord. Pourtant, dans des cas spéciaux on prend soin de pratiquer une séparation qui s'effectue grâce au petit salon dont nous avons parlé plus haut. La suggestion se fait de préférence dans la langue maternelle du malade, mais ce qui importe surtout, c'est l'intention bienveillante et persuasive du médecin. Le Dr Wetterstrand va d'un malade à l'autre, et à demi-voix suggestionne chacun en passant. La durée du sommeil dépend du genre et de la phase de la maladie. Dans les affections chroniques, il n'obtient de bon résultat qu'au moyen de l'hypnose profonde. Moins le malade est nerveux, plus il s'endort facilement. Le Dr Wetterstrand regarde comme une erreur de prétendre que les hystériques sont les plus faciles à endormir; au contraire, très souvent ces malades ne s'endorment pas du tout, mais ils sont très faciles à suggestionner à l'état de veille. Les malades se réveillent eux-mêmes, sans qu'on leur dise de se réveiller. Aussi le sommeil de Wetterstrand, comme celui de Liébault, est plutôt le « *sommeil prolongé* » que le « *sommeil provoqué* ». Il importe de dire que le Dr Wetterstrand ne fait pas d'expériences, mais que sa méthode, telle qu'il la conçoit, mérite véritablement le nom « d'Hypnose thérapeutique » ; elle n'a rien de commun avec l'hypnotisme expérimental. Il l'emploie quelquefois dans les maladies générale, comme moyen d'investigation. Enfin, je me permets d'ajouter la liste des cas soignés par le Dr Wetterstrand, 13 décembre 1900.

Description des cas soignés par le Dr Wetterstrand, 13 décembre 1900. — Neurasthénie, Alcoolisme; Incontinence d'urine, Onychophagie, Kleptomanie; Alcoolisme ; Névralgie ischiatique ; Neuras-

thénie ; Migraine; Alcoolisme ; Epilepsie ; Alcoolisme ; Dipsomanie; Névropathie ; Dypsomanie ; Idées obsédantes ; Insomnie (alcoolisme); Douleurs névropathiques; id. ; insomnie; Nervosisme, intoxication due au tabac; Insomnie ; Palpitations du cœur ; Insomnie, Impulsions irrésistibles ; Céphatalgie ; Alcoolisme ; Fatigue. Insomnie, douleurs diverses, etc.

La suggestion pendant la narcose éthyl-méthylique.

M. Paul Farez (Paris). — En pathologie nerveuse ou mentale, de nombreux cas paraissent justiciables du traitement moral; celui-ci, toutefois, reste souvent inefficace, parce qu'il s'adresse à des sujets qu'on n'a pas, au préalable, rendus aptes à être suggestionnés. Lorsque après de nombreuses tentatives d'hypnotisation, l'on n'a pas pu réaliser un degré suffisant d'hypotaxie, on se décide parfois, en dernier ressort, à formuler la suggestion curative pendant la narcose chloroformique. Mais le chloroforme est d'un maniement délicat : il comporte de multiples inconvénients, surtout au réveil.

Depuis plusieurs mois, j'emploie couramment, dans ma pratique psychothérapique, quelques dérivés halogénés de l'éthane et du méthane, en particulier un mélange ainsi constitué : chlorure d'éthyle 65 p. 100, chlorure de méthyle, 38 p. 100, et bromure d'éthyle, 5 p. 100.

Ce mélange utilisé en odontologie sous le nom de somnoforme, procure une anesthésie sûre, immédiate, complète et inoffensive, avec réveil instantané, exempt de malaise ; il peut être administré avant ou après les repas, chez des sujets jeunes ou vieux, assis ou couchés, dégraffés ou complètement habillés.

Suivant les doses, les cas pathologiques, la mentalité du malade la technique employée, le contenu des suggestions, la présence ou l'absence de certaines excitations psychosensorielles, je réalise avec ce produit l'un ou l'autre des trois états psychologiques suivants :

I. *Narcose confirmée.* — Il n'y a plus pleine conscience, mais seulement subconscience ; c'est une sorte d'état d'automatisme. Les diverses sensibilités peuvent être impressionnées; la suggestion est reçue en tant que suggestion ; des hallucinations hypnagogiques puis des rêves se déroulent, avec ou sans phénomènes moteurs et souvenir plus ou moins vif au réveil.

II. *Hypernarcose.* — Il y a, cette fois, sommeil profond, avec engourdissement de la conscience et même, à ce qu'il semble, inconscience relative, échec des suggestions à échéance et amnésie complète au réveil. Toutefois, quelques gestes ou paroles manifestent un certain degré d'activité onirique.

III. *Hyponarcose.* — Cet état avoisine la narcose confirmée, sans l'atteindre tout-à-fait ; il approche le seuil de cette dernière, mais

ne le franchit pas; c'est une *narcose subliminale*. La conscience est restreinte, mais exaltée; elle gagne en intensité ce qu'elle a perdu en étendue. Les résistances conscientes ou inconscientes sont brisées. Devenu éminemment suggestionnable, le sujet présente de l'hyperacuité auditive, de l'hyperréceptivité centrale; il est un récepteur non moins passif, mais actif; dans une sorte d'ivresse psychique, il fait sciemment effort pour favoriser la suggestion et se l'assimiler pleinement. Ces diverses narcoses comportent des applications multiples en ce qui concerne le diagnostic et le traitement.

Le *diagnostic* est souvent éclairé et, cela, de deux manières différentes : 1° l'évocation du subconscient est rendue facile et, par elle, la connaissance de certaines idées fixes ignorées de la conscience vigile ; 2° soit spontanément, soit à la suite de sollicitations suggestives, le sujet confesse au médecin des obsessions, des phobies, des impulsions ou certaines particularités pathologiques qu'il refusait obstinément de révéler à l'état de veille.

Au point de vue *thérapeutique*, chacun de ces trois états comporte des indications spéciales :

I. L'hypercarnose sera réalisée de préférence chez les nombreux malades qui se plaignent de n'avoir jamais pu être endormis à fond par aucun médecin; et, cependant, ils sont persuadés que seule pourra les guérir la suggestion qu'on leur fera pendant qu'ils dormiront d'un sommeil profond avec inconscience et, au réveil, amnésie complète. Suggestionnée pendant l'hypernarcose, ils guérissent non point par la vertu de la suggestion elle-même, mais en vertu de la « faith healing »; ils ont foi en la puissance curative de la suggestion faite dans ces conditions.

II. Grâce à la narcose confirmée, certaines suggestions spéciales impressionnent, en tant que suggestions appropriées à son cas, le malade qui les repoussait à l'état de veille. Cette narcose convient, en particulier, aux mentaux qui refusent de se laisser suggestionner par les moyens ordinaires; elle permet de les traiter malgré eux et, en quelque sorte, à leur insu. De la narcose proprement dite, sont justiciables les autosuggestions pathologiques et certaines hétérosuggestions qui nécessitent une désuggestion minutieuse.

III. L'hyponarcose doit être réservée aux dégénérés intelligents, douteurs, scrupuleux, inquiets, abouliques, obsédés, délirants, impulsifs, fous moraux, impuissants. Ils ont conscience de leur cas pathologique; ils le déplorent et voudraient bien en guérir, mais leur obsession morbide les harcèle et empêche l'invasion de l'hypnose. Mis en état d'hyponarcose, ils ont la notion que tous les obstacles sont levés; le terrain est déblayé; la place est libre, table rase est faite de tout ce qui s'oppose à la suggestion; ils se sentent aptes à être influencés; ils n'ont ni la volonté, ni la pensée de résister; ils se sentent désarmés, pieds et poings liés; ils ne peuvent discuter; il faut qu'ils acceptent la suggestion; celle-ci s'impose

inéluctable. — D'autre part, certains malades repoussent l'hypnotisme, arguant qu'il leur enlèvera leur libre arbitre et les réduira à l'état de machine ; ils acceptent sans répugnance cette hyponarcose qui, loin d'obscurcir ou de supprimer la conscience, la conserve et même l'exalte.

Il y a plus. En dehors des indications précises énoncées ci-dessus, la narcose somnoformique constitue, pour toute l'étendue du domaine psychothérapique, un procédé d'hypotaxie artificielle plus facile, plus sûre et plus rapide que celle qu'on obtient par de simples moyens psychosensoriels.

Le mot « somnoforme » a été arbitrairement formé et s'est imposé dans la pratique, de même que, par exemple, antipyrine, cryogénine, parodyne et autres du même genre. Sa terminaison « forme » pourrait faire penser à tort qu'il s'agit d'un dérivé de l'acide formique. Pour être plus exact, je dirais volontiers, au lieu de suggestion somnoformique, suggestion chlorobrométhylique ou, abréviativement, suggestion éthylméthylique.

Organisation du service de médecine mentale dans les prisons.

M. Masoin (Louvain). — M. Masoin expose d'abord, en quelques larges traits, l'ensemble de la situation martérielle et morale où se trouvent les détenus criminels, au point de vue de l'éclosion des maladies mentales ; il fait ressortir, à côté des aspects funestes de la vie du prisonnier, les circonstances favorables à l'intégrité physique et psychique, tellement que, dit-il, pour cetaines natures, la prison assure une santé et une longévité qui auraient fait défaut dans la vie libre ; en effet, tel sujet demeuré libre aurait versé dans les excès de la boisson, de la débauche et tous autres qui auraient altéré son cerveau et même abrégé la vie.

Néanmoins, en Belgique comme partout ailleurs, l'aliénation mentale est beaucoup plus fréquente dans les prisons que dans le groupe social ordinaire. M. Masoin produit à cet égard des chiffres officiels qu'il apprécie au passage.

A noter aussi, en passant, que le nombre des malheureux séquestrés en Belgique augmente comme ailleurs — tellement que, à une époque qu'on peut fixer par le calcul (si la progression continue à la même allure), tous les citoyens du pays seront aliénés, soit d'ici à l'échéance, d'ailleurs lointaine, d'une quarantaine de mille ans !

M. Masoin raconte la création du service de médecine mentale dans les prisons de Belgique, création due à un ministre éminent, M. Jules Le Jeune. Il expose les variations survenues dans le développement successif de ce mécanisme qui est unique dans le service pénitentiaire ; il discute la question soulevée au Sénat belge et à l'Académie de médecine : l'utilité des inspections trimestrielles ; il

signale surtout les réformes qu'il importe de réaliser : ainsi le droit formel de provoquer une expertise devrait appartenir aux médecins de la prison comme aux directeurs, et même devrait leur être transféré : ainsi encore il conviendrait de créer un asile d'observation qui, naturellement, se placerait à côté du pénitencier principal (la grande prison cellulaire de Louvain) il y aurait même lieu de créer, vers le centre du pays (au lieu des positions excentriques de Tournai et de Mons), un asile spécial pour aliénés criminels [1], conformément au vœu formulé par l'Académie royale de médecine ; ainsi encore le Ministère de la Justice devrait recruter les médecins des prisons parmi les docteurs qui auraient fait des études spéciales de médecine mentale; car l'idéal serait que chaque médecin de prison fût suffisamment spécialisé en cette matière qui présente un si vif intérêt dans le régime pénitentiaire.

M Trénel (de Saint-Yon). — Il est étonnant de voir un chiffre si bas parmi les aliénés condamnés. — M. Drouineau (de Paris). — Il sera difficile d'arriver à ce que les médecins de prison soient tous aliénistes.

M. Masoin (de Louvain). — La réforme demandée n'est pas si difficile à obtenir. Quant à la différence des statistiques de paralytiques généraux criminels en France et en Belgique, c'est un fait. — M. Bidlot. — Les expertises ayant lieu en Belgique avant la condamnation depuis plusieurs années, ce fait expliquerait la moindre fréquence des paralytiques généraux criminels. — M. Masoin. — Les expertises remontent à une époque antérieure à la circulaire ministérielle à laquelle il est fait allusion.

M. A. Marie parle des aliénés en liberté qui commettent des crimes ou délits. Il demande qu'un groupe d'études soit constitué pour en établir le relevé exact. A ce sujet il rappelle que les suicides en Angleterre avaient été considérés comme en voie d'accroissement, d'après les relevés de journaux : une étude très importante de M. J. Sibbald, présentée à la British Medical Association à Edimbourg, fit justice de ces exagérations, en y substituant l'examen scientifique des statistiques officielles des trente dernières années. Semblable étude s'impose pour les crimes, à l'occasion du rapport spécial de M. le Dr Keraval, à Pau.

Installation d'un pavillon d'isolement des aliénés tuberculeux à l'asile d'Armentières, par Chardon et Raviart. (Sera publié dans le prochain numéro).

Un cas de retard de la parole par malformation anatomique chez un arriéré épileptique. — Tentative de traitement chirurgical.

M. Larrivé (de Meyzieux). — L'an dernier, au Congrès de Gre-

[1] Nous croyons que les asiles ordinaires, bien organisés, peuvent suffire à tous les points de vue, en particulier à celui de la sécurité publique. (B.)

noble, j'avais l'honneur de vous entretenir de la fondation d'un institut médico-pédagogique[1] annexé à notre établissement, et je vous faisais connaître les heureux résultats que nous y avions obtenus.

Pour compléter cette étude, je voudrais vous entretenir aujourd'hui d'un cas de retard de la parole par suite de malformation anatomique chez un de nos jeunes malades.

Voici le résumé de son observation : âgé de quatorze ans, l'enfant est entré dans le service en mars 1902. Épileptique et arriéré, sa parole était presque incompréhensible, à cause d'une articulation défectueuse et d'une mauvaise prononciation. Malgré une conformation anormale de l'appareil phonateur (lèvres molles et relâchées — bave — langue épaisse et courte), nous pensâmes d'abord que des exercices méthodiques de gymnastique respiratoire, labiale et linguale, suffiraient pour rendre plus intelligible la parole de l'enfant.

Le succès parut d'abord répondre à notre attente; un léger progrès se manifesta, mais ne s'accentua pas; les lèvres étaient moins molles et plus obéissantes; par suite, amélioration de l'articulation de certains sons comme *b*, *f*, *v* et des voyelles. La respiration était plus régulière, l'inspiration plus profonde et l'expiration mieux dirigée, d'où amélioration de la prononciation. Mais, du côté du fonctionnement de la langue, aucun progrès. Epaisse, elle était bridée par un frein très court, empêchant sa pointe de s'élever vers les incisives supérieures ou le palais; par suite, les sons *t*, *d*, *n*, *l* n'étaient pas émis; d'autres, tels que *s*, *z*, n'étaient pas nets.

Nous avons alors songé à tenter une opération capable de libérer l'organe prisonnier et de le mettre en état de fonctionner plus normalement.

Mon excellent confrère et ami, le Dr Bert, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Lyon, chirurgien à l'infirmerie protestante, voulut bien examiner l'enfant et constata, comme nous, une malformation anatomique empêchant l'allongement de la langue; il remarqua, au niveau du frein, trois cicatrices dues à autant de tentatives de *couper le fil*. — Nous fûmes d'accord pour une intervention. Après une étude plusieurs fois répétée sur le cadavre, le Dr Bert constata qu'on pouvait, en disséquant la muqueuse, obtenir un allongement de la langue de 2 centimètres au minimum. L'opération fut faite dans les meilleures conditions : grâce à l'antisepsie buccale méthodiquement et rigoureusement pratiquée, il ne se produisit aucun accident post-opératoire. Le résultat anatomique prévu fut obtenu : par des tractions opérées sur la langue, on obtint un allongement

[1] Ces expressions, celle de *Traitement médico-pédagogique*, ont été créées par nous. (B.).

d'environ 2 centimètres. Mais, au point de vue physiologique, nous constatâmes que, si l'enfant parvenait à amener spontanément la pointe de la langue hors de la bouche (ce qu'il ne pouvait faire auparavant), il n'était pas très maître des mouvements de cet organe; il lui restait à apprendre à diriger sa langue et à s'en servir pour parler comme le petit enfant apprend à se servir de sa main pour saisir les objets. Il fallait, dès lors, reprendre les exercices de gymnastique linguale, ce qui fut fait; et nous avons déjà pu constater une amélioration assez notable; mais le succès final, définitif, que nous espérons bien obtenir, est retardé un peu par l'apathie de l'enfant, et plus encore peut-être par la mauvaise volonté avec laquelle il se prête aux exercices, il n'y a plus là qu'une affaire de temps et de patience, et nous aboutirons.

Conclusion. — Là où la pédagogie, réduites à ses seules forces, échouait, la chirurgie obtenait des résultats. Lorsqu'il s'agit de faire l'éducation de la parole, chez un sourd-muet, un entendant-muet, un bègue, etc., la collaboration intime du médecin, du chirurgien parfois et du professeur spécialiste est nécessaire pour arriver au succès final; il en est du reste de même pour tous les genres d'éducation. Dans tous les établissements d'instruction, la place de l'homme de l'art est à côté du professeur, et ce ne sont point seulement nos arriérés qui ont besoin d'une éducation médico-pédagogique, mais tous les enfants en général.

M. Bourneville. — Le malade, dont M. le Dr Larrivé vient de nous exposer l'histoire intéressante, montre la nécessité d'examiner les enfants anormaux de la façon la plus minutieuse. La dentition, la mastication qui a besoin d'être surveillée, même apprise; la langue (hypertrophie, atrophie, perlèche, fissures — comme chez les idiots Mongoliens — brièveté du frein) et le palais au point de vue de la déglutition et de la parole; les amygdales, le pharynx, sous le rapport des végétations adénoïdes qui, disons-le en passant, font défaut chez les 8 myxœdémateux que nous avons actuellement dans notre service mais se rencontrent chez un certain nombre d'idiots, en particulier chez les *idiots* mongoliens, dont nous avons fait l'autre jour la description (1 sur 9)[1].

[1] Voici d'ailleurs le résultat de notre examen du pharynx de nos *mongoliens* : 1° *Van de Cast...*, amygdales normales, pas de végétations adénoïdes; — 2° *Segur...*, amygdales volumineuses, pas de végétations adénoïdes; — 3° *Dourl...*, amygdales volumineuses, pas de végétations adénoïdes; — 4° *Volfin...*, amygdales normales, pas de végétations adénoïdes; — 5° *Jann,...*, amygdales volumineuses, un peu de pharyngite; pas de végétations adénoïdes; — 6° *Cott...*, amydales volumineuses, pas de végétations adénoïdes; — 7° *Lebr...*, amygdales volumineuses pas de végétations adénoïdes; — 8° *Mun...*, amygdales un peu volumineuses, pas de végétations adénoïdes; — 9° *Mait...*, amygdales un peu volumineuses, végétations adénoïdes,

Les membres doivent être examinés au point de vue des *paralysies*, des *parésies* qui échappent parfois [1], du *rachitisme* sur lequel nous avons appelé l'attention dans la séance de lundi et qu'on trouve à peu près toujours sinon toujours chez les myxœdémateux infantiles. Les organes génitaux doivent être explorés afin d'exiger une propreté constante qui permet d'éviter les accumulations de smegma, les irritations locales (prépuce, anus, vulve), qui s'accompagnent de prurit et amènent les enfants à se gratter et ultérieurement à se masturber. On s'assure s'il y a des malformations (hypospadias, phimosis) qui justifient une intervention chirurgicale. Donc, dans un certain nombre de cas, le chirurgien est appelé à aider le médecin.

Le malade de M. Larrivé, bien que profondément atteint au point de vue intellectuel, a été amélioré par le *traitement médico-pédagogique* que nous avons décrit par le menu dans nos *Comptes-rendus* de Bicêtre (1880-1902) et qui est appliqué à Meyzieux, par un de nos anciens instituteurs de Bicêtre et de l'*Institut médico-pédagogique*, M. Gandvilliers. Voici, à l'appui des résultats que l'on peut enregistrer grâce à notre méthode de traitement et d'éducation, quelques-unes des photographies collectives que nous avons montrées l'autre jour. Elles représentent de 2 en 2 ans des enfants atteints d'*idiotie complète* ou d'*idiotie profonde* et montrent les heureuses transformations qui se sont produites. Il s'ensuit qu'il ne faut parler d'incurabilité que quand on a, *pendant plusieurs années*, appliqué *régulièrement* tout le traitement médico-pédagogique comprenant : 1° les exercices physiques, *a*) gymnastique des mouvements (avec chants, au tambour, à l'harmonium ou au piano, avec la fanfare), des échelles fixes, et de corde, des ressorts, des agrès ; — *b*) la danse, les rondes ; — *c*), l'escrime même ; — *d*) le travail manuel ; — 2° le traitement du gâtisme, les leçons de marche, d'habillement, de toilette, de ménage, de préhension, etc. ; — 3° l'éducation de la parole (procédés spéciaux, exercices de la respiration avec les barres d'entraînement ; — 4° les leçons de choses, non seulement en classe, mais partout [2] ; les leçons avec projections, depuis celles qui ont pour but de fixer l'attention jusqu'aux leçons-conférences ; — 4° les

[1] Toutes les fois qu'un enfant a eu des convulsions, le médecin devrait prendre de temps en temps les mesures comparatives des membres et explorer la force musculaire car, presque toujours, en pareil cas, il y a une inégalité des membres.

[2] Rappelons à ce propos que dans notre service, les arbres, les arbustes, les fleurs sont étiquetés : il devrait en être de même dans tous les squares et parcs, qui devraient servir aux *leçons de choses* et où les enfants des écoles devraient être promenés par groupe. Tout le monde, d'ailleurs, y trouverait bénéfice.

exercices scolaires les plus variés, depuis l'A B C jusqu'à la préparation au certificat d'études.

Le traitement chirurgical qui reposait sur une hypothèse anatomique fausse, la *synostose prématurée* des os du crâne, est aujourd'hui abandonné, heureusement, et nous y avons contribué. La chirurgie doit intervenir dans les circonstances que nous avons rappelées.

La *médication thyroïdienne* rend d'énormes services, ainsi que nous l'avons démontré par une communication précédente, dans l'idiotie myxœdémateuse, l'idiotie mongolienne, dont nous avons vu hier au Strop de Gand un beau spécimen, l'idiotie avec nanisme simple, avec obésité ou avec infantilisme. (M. B... fait passer sous les yeux des membres du Congrès des photographies collectives des malades de chaque groupe).

Les résultats que nous a signalés M. le docteur Larrivé, les nôtres, tant à Bicêtre qu'à l'Institut médico-pédagogique mettent hors de toute contestation qu'il est possible d'améliorer, de guérir même, non seulement les arriérés, les imbéciles, mais aussi les IDIOTS COMPLETS.

Notre but, en intervenant dans la discussion, est d'essayer de dissiper les préjugés qui règnent dans l'esprit de beaucoup de médecins sur l'incurabilité de ces MALADES car, à quelque groupe qu'ils appartiennent, ces enfants sont des *malades* et relèvent d'abord du médecin dont les pédagogues sont les auxiliaires, de même que les infirmières. Ce qu'il faut organiser pour réaliser cette réforme humanitaire, c'est : pour les plus atteints, des *asiles-écoles* ; — pour les moins malades et ceux qui ont été améliorés dans les asiles-écoles, des *classes* ou des *écoles spéciales*. Il ne m'appartient pas de dire mon rôle dans la réalisation de l'assistance, du traitement et de l'éducation des enfants idiots. Mais je puis signaler les progrès accomplis dans des pays jusque-là en retard, l'Italie[1] et la Belgique. J'ai cité l'autre jour la création de *classes spéciales* à Bruxelles (1897) et à Anvers (1899), grâce aux efforts de MM. les Drs Demoor, Decroly, Daniel, Ley, de M. Lacroix, instituteur. J'ai vu depuis, par une visite à l'établissement « Le Strop », à Gand, sous l'aimable direction du Dr Maere et des frères Amédée et Philémon, une section, fondée il y a dix-huit mois, contenant cent enfants; par une autre visite à l'établissement privé de M. Decroly, que la seconde partie du programme, la création d'*asiles-écoles*, avait reçu un commencement de réalisation et nous devons ajouter dans

[1] Il s'est créé une *Ligue nationale pour la protection de l'enfance anormale*, sous la présidence du professeur Bonfigli, en faveur de laquelle Mme la doctoresse MONTESSORI, une de nos élèves, fait depuis plusieurs années une très active propagande, allant de ville en ville faire des conférences pour obtenir des fonds et des adhérents.

des conditions aussi parfaites que possible. Signalons enfin la création d'une *Société protectrice de l'enfance anormale*, dont la seconde assemblée générale s'est tenue en mars dernier.

Les réformes accomplies depuis quelques années en Belgique font honneur à ce pays, qui, par les institutions qu'il a créées, par celles qui vont l'être prochainement, peut être donné en exemple.

M. le Dr Decroly (de Bruxelles). — Je voudrais me permettre une remarque à propos de l'intéressante communication de M. Larrivé. Je crois devoir insister, en effet, sur un point. C'est que le succès obtenu par mon honorable confrère ne doit pas être considéré comme un argument en faveur de l'intervention chirurgicale dans les troubles du langage. Les faits rapportés gardent toute leur valeur, personne ne le conteste, seulemement il est utile de dire que les cas où une opération quelle qu'elle soit puisse avoir un effet curatif même partiel sont exceptionnels. Pour ma part je n'ai pas encore eu l'occasion d'en rencontrer.

N'oublions pas à ce propos l'expérience malheureuse faite en ce sens, il y a une soixantaine d'années pour guérir le bégaiement : on se basa aussi à cette époque sur l'aspect anatomique anormal de certaines langues de bègues pour préconiser soit l'excision d'une partie de cet organe, soit la section d'un ou plusieurs de ses muscles. Si l'on songe qu'à cette époque les méthodes anesthésiques, l'antisepsie et l'hémostase, dont nous disposons aujourd'hui, manquaient, on peut se figurer qu'elles devaient être les suites les plus fréquentes de ces opérations. Mais, même dans les cas heureux, chirurgicalement parlant, on s'aperçut bien vite que le résultat orthophonique était nul ; et la vogue de la méthode tomba aussi vite qu'elle était montée. Ce faux départ eût surtout comme conséquence de déprécier considérablement la compétence des médecins dans la question du traitement du bégaiement et des troubles du langage, dépréciation dont il ne s'est pas encore relevé aujourd'hui.

Ce qui est vrai pour le bégaiement l'est plus encore pour la majorité des autres troubles du langage, où l'élément psychique domine et où par conséquent le développement du langage est pour ainsi dire inséparable de l'évolution des facultés intellectuelles. Il y a plus, dans les cas mêmes ou l'obstacle est apparemment périphérique il est exceptionnel que ce soit dans le muscle qu'il faille voir la cause du mal. Sans doute il peut être contracturé, paralysé en totalité ou en partie. mais ces symptômes ne sont le plus souvent que la manifestation extérieure d'un trouble, d'une lésion plus ou moins grave des centres cérébraux et le chirurgien ne peut rien obtenir.

Je puis vous montrer à ce propos la photographie stéréoscopique d'enfants atteints d'une affection différenciée dans ces derniers

temps sous la dénomination de paralysie pseudo-bulbaire congénitale. Je ne m'étendrai pas sur la symptomatologie qui caractérise ces cas, mais tous deux ont cela de commun qu'ils sont presque muets sans être sourds et que l'examen fait constater chez tous deux une impuissance motrice très nette de la langue, des lèvres et du voile du palais. Or, ces troubles sont tels qu'ils empêchent tout langage articulé et que ces enfants sont moins bien lotis à cet égard que les sourds mêmes. Malgré ce mutisme et malgré l'apparence idiote qui résulte de l'inexpression de la face, ces enfants peuvent ne pas être dépourvus d'une certaine intelligence et le premier cas que je vous fais passer en est un exemple. En effet, cet enfant qui, entre parenthèses, avait été considéré comme inéducable et mené au point de vue médico-pédagogique d'une manière irrationnelle, a fait preuve depuis que je l'ai en observation de facultés psychiques certainement suffisantes pour faire espérer qu'il parviendra quoique muet à se suffire plus tard. Puisque le moyen normal de communiquer avec ses semblables par la parole lui manque, l'essentiel est de lui en donner d'autres et de les utiliser, pour lui donner les notions primordiales et développer ses facultés.

Aucun traitement, je pense, médical ou chirurgical, ne peut lui constituer de toute pièce les centres absents ou disparus et si comme le montrent les photographies, je suis arrivé à lui faire prononcer le *p*, et le *t* par des procédés mécaniques, je ne prévois cependant pas qu'il arrive jamais à s'exprimer d'une manière un peu courante et compréhensible. Or, c'est à cela qu'il faudrait arriver pour parler d'un succès.

Pour conclure, et je suis convaincu en cela d'être de l'avis de M. Larrivé, je dirai qu'il faut être très circonspect en matière de traitement sanglant des troubles du langage, qu'on ne peut se baser sur un seul succès ou demi-succès pour en étendre l'indication.

Un second fait ressort encore de la brève histoire que je vous ai rapportée. Elle illustre parfaitement ce que disait M. Bourneville, il y a un moment : il faut traiter tous les cas après les avoir examinés d'une manière approfondie et dans presque tous, si l'on y met le temps et la science voulus, on peut s'attendre à un résultat. Or, ce résultat quel qu'il soit est un gain pour l'enfant, pour sa famille et aussi pour la société.

Hystérie et morphinomanie.

M. Paul Sollier (de Boulogne-sur-Seine). — L'association de l'hystérie et de la morphinomanie est très fréquente. Elles peuvent être l'une vis-à-vis de l'autre cause ou conséquence. Le plus souvent l'hystérie est primitive. C'est elle qui amène la morphinomanie. Une fois cette dernière constituée, elle entretient l'hys-

térie, en aggravant l'état d'engourdissement des centres nerveux, caractéristique de la névrose. L'hystérie peut n'être que secondaire. Mais c'est très rare, si même cela existe. Il s'agit ordinairement, dans les cas d'hystérie dite morphinique, d'un état hystérique méconnu ou latent, qui se développe sous l'influence de l'intoxication morphinique, et qui peut apparaître au cours de la morphinomanie. Le plus souvent, ce n'est qu'au cours de la démorphinisation, au moment surtout du sevrage, que les troubles hystériques se montrent. Elle est, dans ce dernier cas, assez passagère et disparaît très rapidement avec la restauration générale de la santé et le retour d'une activité organique très intense. La morphinomanie au cours de l'hystérie primitive constitue un état tres grave au point de vue de la récidive. La personnalité hystérique se combine à l'état morphinique, de sorte qu'il y a un rapport difficile à détruire entre les phénomènes hystériques et les phénomènes morphiniques. La morphine masque les troubles hystériques; ceux-ci reparaissent dès que l'usage de la morphine est suspendu, et ramènent aussitôt le besoin de morphine créé par son administration dès que ces accidents se montraient. Il est donc de toute nécessité de modifier la névrose hysterique si l'on veut voir l'obsession de la morphine disparaître chez une hystérique qu'on a traitée par la morphine. Il est surtout indispensable de savoir que les hystériques sont plus sujettes que les autres névropathes à s'habituer à la morphine, que la morphine ne calme qu'en apparence leurs accidents et ne font que les masquer en aggravant l'hystérie, qu'il s'établit avec la plus grande facilité un rapport, difficile à détruire ensuite, entre les accidents et le besoin de morphine, et qu'en conséquence on ne doit jamais administrer de morphine à une hystérique quand il s'agit de phénomènes hystériques, et qu'on ne ne doit même le faire qu'avec la plus grande circonspection quand il s'agit chez elle d'accidents non nerveux et douloureux qui en réclament habituellement l'emploi. Donner de la morphine pour combattre des accidents hystériques n'est pas seulement une faute thérapeutique, c'est exposer le sujet à une maladie qui peut devenir une infirmité incurable et même le conduire à la mort.

D'une sorte de léthargie des processus de cicatrisation chez une hystérique.

Drs Monestié et Pailhas (d'Albi). — Sous cette appellation, nous désignerons un arrêt complet, mais transitoire, des phénomènes de cicatrisation de la vaste plaie suturée de l'abdomen qu'avait nécessitée l'ablation d'un fibrome utérin.

Comme on le devine, le sujet était une hystérique qui, à la suite du traumatisme opératoire, ne se contenta pas de fournir

un épisode cicatriciel insolite, mais donna lieu à des accidents de psychose, à des anomalies de température, de respiration, de circulation, etc.

On connaît ou, tout au moins, on a déjà étudié l'influence des vésanies sur la réparation des plaies, parfois ralentie dans les états dépressifs, parfois aussi accélérée au cours de l'excitation maniaque. L'hystérie, pour sa part, passe pour guérir et cicatriser bien des plaies avec une promptitude quasi-miraculeuse [1]. Or, c'est à une modalité d'action inverse, à une sorte de syncope locale des processus de réparation et de guérison que se rapporte le cas suivant :

Résumé de l'observation : X..., célibataire, âgé de quarante et un ans, hystérique à stigmates multiples, laparotomisée le 22 mars 1903 et présentant, dans les quatre jours qui suivirent, une grande excitation délirante panophobique, en même temps qu'une véritable dissociation des phénomènes thermiques, respiratoires et circulatoires (température variant de 37°5 à 38°5, tandis que le pouls était de 140 et les mouvements respiratoires à 40 environ). Au huitième jour, l'amélioration de l'état général, l'indolence et les bonnes apparences de la région opérée engageaient l'un de nous à enlever les fils appartenant au premier des trois plans de suture pratiqués sur la paroi abdominale. Tout d'abord la réunion parut complète et assurée, mais la désillusion fut rapide : un petit effort de toux de la malade avait tout à coup suffit à entr'ouvrir dans toute son épaisseur et sa longueur (20 centimètres), la grande plaie dont les parois absolument étanches et atones ne présentaient ni suppuration, ni exsudation sanguine ou séreuse, ni commencement de reprise, ni bourgeonnement appréciable. A la différence près du tissu adipeux ici blanchâtre et d'aspect légèrement lardacé à sa surface, on eût dit une entaille faite sur le cadavre. Le catgut était à peu près entièrement résorbé. En ce temps, la malade ne manifestait ni appréhension, ni souffrance. Une nouvelle suture, faite sous chloroforme, amena la réparation normale dans les délais ordinaires, et, cette fois, sans cortège de phénomènes délirants.

Le mécanisme de la conscience.

M. de Vries (d'Amsterdam). — La simple mémoire se développe dans la couche optique et dans le corps strié.

La vue d'un objet et de ses marques particulières excite un courant nerveux sur quelques fibrilles optiques, et ces courants arrivent dans un nombre correspondant de cellules nerveuses du lobe

[1] Nous avons signalé bien des fois, après d'autres, par exemple Delasiauve, la prompte guérison des plaies, même très étendues chez les épileptiques. (B.)

occipital. Si nous écoutons un mot parlé, quelques fibrilles terminales du nerf acoustique reçoivent de même un courant, et celui-ci parvient à quelques cellules de l'écorce du lobe temporal, etc.

Mais les fibrilles du nerf optique sont interrompues dans leur voie vers le centre par des cellules des noyaux de la couche optique; de même les fibrilles du nerf acoustique ont une discontinuité par les cellules des noyaux du corps genouillé interne et ceux du corps strié.

En acceptant qu'il y a de nombreuses communications anatomiques entre les cellules des divers noyaux nommés, il arrivera que, en voyant un objet et en écoutant son nom à la fois, les deux courants s'allieront au moyen d'un courant secondaire, et voilà que la correspondance est née entre la vue et l'ouïe.

Conséquemment, si nous écoutons quelque temps après le nom seul, nous nous rappellerons la sensation de la vue; et par inversion, si nous voyons l'objet, le courant excité, qui a atteint la cellule correspondante, poursuivra sa voie, le long du chemin frayé par le courant secondaire, et arrivera à la cellule, qui appartient à la fibrille acoustique, et nous aurons la sensation du nom autrefois écouté.

De cette manière il est possible que la vue d'un objet rappelle la mémoire du nom, et que le nom écouté rappelle la mémoire de l'objet. Avec le goût, la sensibilité de la peau, l'odorat, c'est la même chose : la faculté de se rappeler repose sur la communication mutuelle entre les noyaux qui discontinuent les fibrilles des divers organes des sens. La mémoire plus complète se développe dans l'écorce elle-même qui s'agrandit depuis l'enfance de plus en plus.

Si nous observons un objet avec ses marques particulières plusieurs fibrilles optiques sont en action en recevant et conduisant un courant, chacune pour soi; ces courants divers arrivent dans des cellules correspondantes du lobe occipital, mais produisent là des courants secondaires. Ainsi le groupe de cellules excitées dans le lobe occipital seront alliées entre elles et causeront une hyperhémie capillaire locale; jusqu'ici la même chose qui a eu lieu dans un des noyaux de la couche optique; mais ensuite nous tâtons l'objet, nous le goûtons et l'examinons encore d'autres manières, cet ensemble de traitements nous donne l'idée de l'objet, et, maintenant, nous avons obtenu connaissance de cet objet. Voilà la base de notre savoir.

Mais, qu'est-ce qui aura lieu dans l'écorce? En tâtant, un grand nombre de cellules nerveuses dans la circonvolution centrale est mis en action et une hyperhémie locale est occasionnée; en goûtant l'objet, de même un groupe de cellules est excité dans une autre partie des circonvolutions centrales, dans la partie qui forme le centre du nerf glosso-pharyngien et voici le résultat :

des courants secondaires allieront le long de fibres d'association tous les groupes mentionnés, et dans le lobe occipital et dans le lobe pariétal. Parce que nous avons aussi écouté le nom de l'objet et de ses qualités particulières, des groupes de cellules dans le lobe temporal sont de même alliés dans le processus.

Ainsi l'excitation d'un de tous ces groupes peut mettre en action les autres, et faire rappeler la mémoire de l'objet et de ses qualités.

De la même manière la mémoire de l'usage d'un objet est éveillée, de même les positions succédantes dans lesquelles il se trouve; et les pensées, les locutions, les réponses ordinaires des hommes ne sont rien de plus que la mémoire à propos des choses que l'on a vues et entendues et dont on a de l'expérience, soit bonne, soit mauvaise, soit aussi de l'inexpérience.

Une autre manière de penser, de plus haute importance, c'est de faire une conclusion de plusieurs données.

La conclusion est effectuée, au moyen d'un courant secondaire nouveau, le long de fibres d'association qui allient un groupe de cellules excitées à un autre groupe : ainsi donc la voie n'est pas encore frayée.

Infantilisme myxœdémateux et maladie de Recklinghausen.

M. Henry Meige et E. Feindel (de Paris). — Une jeune fille de dix-huit ans se présente sous les apparences d'une grosse fillette, courtaude et lourdaude, de douze à treize ans. De petite taille, les traits enfantins, le visage un peu bouffi, le corps enveloppé d'une forte couche adipeuse et presque dépourvu de poils ; elle réalise bien le portrait clinique de l'infantilisme myxœdémateux. Elle est indifférente, apathique, lente à penser, lente à agir.

En outre, on voit sur la partie supérieure de la cuisse gauche un gros nœvus angiomateux d'apparence chéloïdienne; un lentigo généralisé, plus serré en certaines régions, notamment au cou, et deux ou trois taches café au lait de quelques centimètres carrés de surface dans la région de l'omoplate gauche. Malgré l'absence de toute tumeur cutanée et de tout neurofibrome, on doit songer à la coexistence d'une forme incomplète de la maladie de Recklinghausen avec l'infantilisme du type Brissaud.

Neurofibromatose et myxœdème sont des dystrophies auxquelles participe très largement le système tégumentaire ; il n'est pas impossible d'entrevoir une même cause originelle aux symptômes communs à ces deux affections. D'autre part, la pigmentation cutanée a été considérée comme un témoignage de l'insuffisance fonctionnelle des capsules surrénales du fait de la neurofibromatose (Revilliod) ; enfin la fatigue, la torpeur physique et psychique sont parmi les signes les plus importants de la maladie d'Addison.

Une troisième glande, l'ovaire, dont on sait les relations étroites avec la thyroïde, paraît aussi insuffisante dans le cas actuel ; la malade est à peine réglée ; elle a souvent des bouffées de rougeur comparables à celles des ovariotomisées.

Toutes ces coïncidences ne sont pas fortuites, et si l'on se rappelle en outre les altérations de la pituitaire rencontrées dans quelques cas d'infantilisme, on peut se demander si certaines dystrophies n'ont pas une origine polyglandulaire. En tout état de cause il y a lieu de rechercher les cas où, comme dans l'exemple précédent, des symptômes de la maladie de Recklinghausen viennent s'ajouter au syndrome de l'infantilisme myxœdémateux.

Le spasme facial ; ses caractères cliniques distinctifs.

M. Henry Meige (de Paris). — En dehors de toute notion étiologique et anatomo-pathologique, des caractères cliniques purement objectifs permettent de reconnaître le spasme facial.

Voici un premier degré : la face est d'abord calme, et ses deux moitiés sont symétriques. Soudain, sur le bord libre de la paupière inférieure d'un côté, apparaît un minuscule frémissement; il gagne fibrille à fibrille tout l'orbiculaire inférieur ; puis le supérieur s'anime des mêmes palpitations, la fente palpébrale diminue. Le phénomène dure quelques instants, puis la détente survient, les frémissements s'effacent et disparaissent, les arcs palpébraux s'arrondissent, la crise est terminée.

A un degré plus avancé les crises augmentent de fréquence et d'intensité ; elles débutent de la même façon par un frémissement des paupières aboutissant si rapidement à la demi-occlusion que les palpitations initiales peuvent passer inaperçues, d'autant plus aisément que l'attention est attirée par les autres muscles du visage qui entrent en jeu : quelques fibrilles de l'un, un faisceau de l'autre, un troisième en totalité. Les contractions se succèdent en nombre de plus en plus grand jusqu'à occuper la totalité de plusieurs muscles, et de fréquence croissant jusqu'à produire une sorte de tétanisation de toute la musculature d'une moitié de la face. A ce moment, un côté du visage apparaît contracturé, les rides se creusent, la pommette est saillante, la commissure labiale tirée, l'œil demi-clos, mais cette contracture n'est pas uniforme : ici ou là, des parcelles de muscles semblent animées de légères trémulations. C'est une *contracture frémissante*.

Enfin, un troisième aspect clinique se trouve réalisé lorsque les crises précédentes sont très rapprochées, subintrantes. Toute une moitié du visage présente sans rémission l'état de *contracture frémissante :* sur un fond de contraction en masse qui semble définitive, apparaissent, disparaissent, tantôt ici, tantôt là, des contractions parcellaires erratiques, petites palpitations faciales dont le

frémissement fugitif ne fait qu'effleurer, sans la modifier, la grimace permanente, d'ailleurs elle-même inexpressive. Telles sont les physionomies cliniques que revêt le spasme facial à ses différents degrés.

Il est impossible de confondre ces mouvements convulsifs avec ceux qui frappent d'emblée un ou plusieurs muscles, sans hésitation, sans frémissements parcellaires, comme on l'observe dans les tics. Ce tableau clinique est soumis à des variations individuelles. Selon le sujet, selon l'ancienneté de l'affection, selon l'intensité de la crise, on voit prédominer soit les contractions parcellaires, soit la contracture. Celle-ci peut être presque permanente ; celles-là peuvent être inappréciables au cours d'un premier examen. Il importe de rechercher toujours si elles ont existé antérieurement, car il semble bien de règle qu'elles constituent la toute première manifestation de la maladie, comme elles sont généralement les avertisseurs de la crise. Mais les deux phénomènes coexistent aussi souvent, la localisation des phénomènes convulsifs est aussi à retenir. Ils sont strictement limités au territoire du nerf facial. Ils peuvent ne pas s'étendre sur tout ce domaine, mais jamais ils n'empiètent sur celui d'un autre nerf. La crise peut durer un instant ; mais les crises sont parfois subintrantes, il n'y a aucune rémission : les accès peuvent survenir ou se prolonger pendant le sommeil.

Il faut noter aussi l'inefficacité presque absolue des efforts de la volonté et de l'attention sur le spasme. Exceptionnellement, une pressante intervention corticale produit une légère inhibition, mais incomplète, éphémère et non instantanée. Ces caractères purement objectifs suffisent pour faire le diagnostic de spasme facial ; celui-ci doit être confirmé par les renseignements touchant l'étiologie, l'évolution, la résistance de l'affection aux agents thérapeutiques.

Une forme spéciale de spasme facial a été décrite dans des publications récentes du professeur Bernhardt (de Berlin), de Newmark (de San Francisco) et de Henri Frenkel (de Toulouse) ; ces auteurs signalent comme une particularité anormale la présence de mouvements fibrillaires limités à la région spasmodique. Ce sont des « frémissements », des « trémulations », des « vagues » musculaires, si faibles qu'elles ne provoquent d'autre déplacement que celui de la peau sous-jacente comparables, selon Bernhardt, à ce que l'on a décrit dans la myokymie. Mais dans le spasme facial, la contraction musculaire est très variable dans sa vitesse et dans son intensité, depuis la reptation fibrillaire ou fasciculaire qui se traduit par une sorte d'ondulation pulsatile sous-cutanée sans déplacement de l'extrémité libre du muscle jusqu'à la décharge explosive qui, faisant brusquement tressauter un ou plusieurs faisceaux des muscles de la face, déclanche des parcelles de grimaces,

d'ailleurs sans signification mimique. On peut donc supposer que les mouvements dits fibrillaires font partie intégrante de la symptomatologie du spasme; seulement, dans les cas de Bernhardt, de Newmarkt et de H. Frenkel, les trémulations avaient acquis une importance toute spéciale.

Les accidents convulsifs du spasme facial se présentent chez certains sujets avec les allures de ceux qu'on a coutume de rattacher — faute de mieux — à des névroses et plus spécialement à l'hystérie. Mais il ne faut pas oublier que la physionomie clinique d'un phénomène morbide porte toujours le cachet des réactions personnelles du sujet qui en est atteint. De là tant de variantes individuelles qu'on rencontre à chaque pas en clinique et dont le spasme facial n'est pas plus exempt que les autres affections. L'hystérie ou toute autre névrose ou psychose n'est pas une sauvegarde contre les affections organiques, — et le spasme facial — est de ce nombre. En pareil cas, les symptômes qui appartiennent en propre à la maladie organique perdent de leur individualité. Leur diagnostic est plus ardu. Il n'en est que plus nécessaire d'apprendre à reconnaître leurs caractères objectifs.

Les *Congrès* ont besoin de la presse. Sans la publicité qu'elle donne à leurs travaux, leur action serait bien restreinte. Il est donc du devoir et de l'intérêt des *Comités d'organisation* d'abord, puis des *Bureaux* (président, vice-présidents, secrétaires, etc.) de faciliter l'œuvre des journaux, en particulier des journaux de médecine.

Le *Congrès des aliénistes et neurologistes* de Bruxelles, dont le nombre des adhérents a dépassé celui de ses aînés, a cherché à réaliser ce programme. Grâce au secrétaire-général, M. le Dr Crocq, les rapports sur les trois questions proposées ont été distribués à temps et la grande majorité des auteurs de communications ont remis au secrétariat un résumé qui a été imprimé d'urgence et distribué à temps aux journalistes et aux congressistes. Nous espérons que M. Crocq prendra les mesures nécessaires pour envoyer les deux exemplaires d'usage des travaux du Congrès aux journaux de médecine qui, en insérant les avis du Comité et en faisant le compte-rendu des séances, ont contribué au réel succès de la session de Bruxelles.

Les excursions scientifiques à Gheel, à Spa, à Lierneux, les promenades aux grottes de Rochefort, de Han, sur la Meuse de Dinant à Namur, ont été très bien organisées, tâche difficile. La dernière journée (8 août) s'est terminée par un ban-

quet offert par l'infatigable président, toujours à son poste, M. le professeur FRANCOTTE, à l'hôtel Métropole où avait déjà eu lieu le raoût donné par M. et Mme Crocq, et le banquet du Congrès. Notre ami M. le professeur PITRES a remercié le président en excellents termes.

Le lendemain a commencé la partie extra-scientifique du programme, heureusement ajoutée par M. Crocq. Un grand nombre de congressistes y ont pris part, d'abord visite de Bruges, de Blankenberg et d'Ostende. Les municipalités de ces deux dernières villes ont reçu officiellement, de la façon la plus cordiale, les congressistes. Du 10 au 15 août a eu lieu l'excursion en Hollande sur laquelle M. le Dr Laignel-Lavastine a bien voulu nous donner ses impressions.

En terminant, nous devons féliciter MM. Francotte et Crocq pour la bonne organisation du Congrès ; remercier tous nos confrères belges de leur accueil tout à fait confraternel [1].

BOURNEVILLE.

Lettre d'Anvers.

Monsieur le Rédacteur en chef,

L'excursion en Hollande, organisée par MM. Francotte et Crocq, les aimables président et secrétaire du XIIIe Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, vient de se terminer en gerbes de bravos.

Les jours heureux n'ont pas d'histoire pour ceux qui ne les ont pas vécus. Aussi, de nos promenades sur les canaux miroitants, au milieu des prés verts où poussent à l'horizon des mâts de navire et des moulins à vent, et de nos stations dans les musées où brillent, peintes sur les toiles et les panneaux, les visions de couleur et de vie des grands maitres disparus, n'ai-je l'intention de noter que quelques courtes remarques médicales.

Médecins et aliénistes, nous avons visité à Méremberg, sous la conduite de son aimable directeur, M. le docteur J. van Deventer, un asile-modèle d'aliénés. Médecins, et quelque peu curieux de la grande peinture flamande et hollandaise, connue déjà avant qu'on l'ait vue, nous avons remarqué, dans ses temples de La Haye, d'Amsterdam, d'Harlem et d'Anvers, quelques tableaux qui pré-

[1] Nous avons fait tous nos efforts pour donner un compte-rendu aussi exact que possible du Congrès. Nous faisons appel à nos collègues pour nous permettre de le compléter s'il y a lieu.

sentent, à côté de leur très grande valeur artistique, un petit intérêt médical.

*
* *

A Méremberg, près de Harlem, nous avons trouvé, dans un parc égayé de pièces d'eau, plusieurs pavillons qui ont plus l'air de chalets que de quartiers d'aliénés. Dans chacun d'eux, nous avons vu, dans des pièces riantes, d'une propreté devenue proverbiale, et ornées de gravures et de fleurs, des malades, couchés ou assis, gardés par de jeunes infirmières au torse dessiné par de grands tabliers blancs qui, épinglés sur la poitrine, descendent en avant jusqu'aux pieds. Dans ce séjour paisible, où règne une atmosphère de douceur faite du calme des bois, de la verdure des gazons, et de la présence de femmes dévouées au service des malades, on conçoit que les aliénés trouvent la sédation que ne peuvent leur donner, par exemple, la plupart de nos casernes-prisons françaises, où nous mettons nos fous. Il ne faut d'ailleurs pas voir dans l'influence heureuse de l'infirmière sur l'aliéné, une vertu magique. Si l'aliéné laisse prendre sur lui un grand ascendant à l'infirmière hollandaise, c'est qu'elle n'a pas seulement les qualités féminines banales qu'on trouve dans nos infirmières des hôpitaux parisiens, mais issue d'une couche sociale plus élevée, fille de pasteur, de marchand, de bourgeois ou de médecin, elle fait du soin des malades une carrière, elle y apporte ce tact de la jeune fille instruite qui est l'intelligence du cœur, et acquiert ainsi, aux yeux de son malade, une autorité qui manquerait totalement chez nous. Mais, pour avoir de telles infirmières, il faut bien les payer et les loger. Nous avons visité leur maison, qu'on appelle « la maison des Sœurs », quoiqu'elles n'appartiennent pas à d'autre ordre qu'à celui de la charité; c'est une charmante villa où les premières sœurs ont chacune leur appartement formé de plusieurs pièces; où les sœurs subalternes, les toute jeunes enrôlées, ne sont pas parquées dans d'horribles dortoirs, mais habitent de charmantes chambres toutes vernissées, et où sont installés, comme dans un cercle, des salles de travail, des salles de lecture, un salon et une salle à manger. Ces conditions matérielles offertes produisent une sélection qui seule permet l'application du système. A ce tableau tout de lumière, il faudrait ajouter quelques ombres pour qu'il fut tout à fait ressemblant : il y a des cellules qui servent parfois, et des malades qu'il faut attacher, comme partout ; mais la critique vraie doit surtout montrer ce qu'il y a de bon dans les choses; le mal se voit toujours assez.

*
* *

Dans les musées, nous avons retrouvé tous ces exquis tableaux de Steen, Van Ostade, Brakenbourgh que M. Meige a si finement

analysés dans ses études de la *Nouvelle Iconographie* sur les « Pierres de tête », « les Médecins Urologues » et « le mal d'amour », nous avons admiré dans le Christ à la paille de Rubens, la flaccidité livide de la chair morte, nous avons relevé les détails amusants d'une amputation de la jambe au tiers supérieur, nous avons enfin, dans l'œuvre formidable de Rembrandt, cueilli quelques détails médicaux.

« L'amputation de la jambe » est un grand tableau du musée d'Anvers, dû à Francken, autant qu'il m'en souvient, qui n'accroche pas le regard par sa très grande valeur picturale, mais qui intéresse le médecin, car la scène se passe dans une grande salle d'hôpital dont le fond est occupé par un lit, et surtout le chirurgien, car les détails de l'opération sont nettement précisés. L'amputation est terminée ; la surface de section apparait rouge vif, l'hémostase est faite par la compression manuelle de la poplitée et de plus, la peau immédiatement au-dessus, est serrée par un lien circulaire, et l'on comprend difficilement comment cette peau, coupée au ras des chairs, sans avoir été tirée en arrière, pourra recouvrir la surface cruentée. A côté de l'amputé, est la jambe malade : elle présente à sa face antéro-interne une longue ulcération à contours sinueux : la malléole interne est à nu ; l'ulcération remonte jusqu'à la partie moyenne de la jambe ; les tissus au dessus de l'ulcération paraissent sains. Le diagnostic ne semble pas douteux ; on pourrait, un instant, en voyant l'âge déjà avancé du malade dont le visage est ridé, penser que l'on a affaire à une gangrène sénile, mais le membre amputé n'en a pas les signes ; il faut donc admettre un ulcère variqueux, et la jambe de bois, qu'un aide tient dans ses mains, rendra bientôt plus de service au malade que sa jambe toujours ulcérée. Par terre sont les instruments qui ont servi à l'opération : une scie à champ tourné dont le modèle est d'hier et un énorme rasoir qui a dû remplacer le couteau d'amputation. Enfin, derrière le malade, sont alignées trois bassins de cuivre remplis de liquide sanglant.

Nous avons vu « la Leçon d'Anatomie » à La Haye, avant les sujets analogues du musée d'Amsterdam. Nous connaissions trop la « Leçon d'Anatomie » pour être étonnés au premier moment, mais à mesure que le tableau, longuement regardé, nous a permis de nous abstraire des images antérieures que nous en avions par les gravures, les reproductions et les photographies, nous avons été saisis par la prodigieuse exécution du cadavre. Et il y aurait tout un parallèle à faire entre ces deux cadavres de Rubens et de Rembrandt, l'un tout voisin encore de la mort, comme on le voit à l'hôpital, l'autre devenu matière à dissection, d'où l'on sent que depuis longtemps déja la vie s'en est allée.

Les Leçons d'Anatomie du musée d'Amsterdam, à part celle de Troost, n'ont pas grand intérêt. Elles pourraient tout au plus ser-

vir de repoussoir à celle de Rembrandt, qui n'en a, d'ailleurs, nul besoin. Au contraire, le fragment d'une Anatomie de Rembrandt, qui fut en partie brûlée, retient l'attention, non seulement par le souvenir qui s'attache à tout portique maintenu seul debout d'un temple disparu, mais parce qu'il représente, dans son réalisme puissant, la scène de l'autopsie telle que nous la vivons chaque jour à l'hôpital. Le cadavre, vu de face, en raccourci, les pieds en avant, a l'abdomen ouvert et vidé de ses viscères; le thorax est intact, la peau du crâne a été incisée sur la ligne médiane depuis le milieu du front jusqu'à l'occiput; la boîte crânienne a été sciée selon la ligne ordinaire et la calotte repose sur le pôle de sa convexité, à côté du cadavre. L'opérateur, placé dans le fond du tableau, est en train d'enlever la faux du cerveau, après l'avoir désinsérée à l'une de ses extrémités, et l'on voit la membrane, rougie par le sang, se dégager peu à peu du sillon interhémisphérique.

Ce tableau parait dater d'hier; il aurait pu illustrer le récent traité des autopsies de M. Letulle.

A La Haye, nous avons fait de la clinique psychiatrique devant le Saül de Rembrandt.

La lecture de la Bible ne permet pas de poser sur la folie de Saül, d'autre diagnostic que celui de folie périodique. On peut en juger :

14. Or, l'esprit du Seigneur se retira de Saül; et il était agité du malin Esprit envoyé par le Seigneur.
15. Alors les officiers de Saül lui dirent : tu vois que le malin Esprit, envoyé de Dieu t'inquiète.
16. S'il plait à notre Seigneur, tes serviteurs qui sont auprès de ta personne chercheront un homme qui sache jouer de la harpe, afin qu'en joue lorsque le malin Esprit envoyé par le Seigneur t'agitera, et que tu en reçoives du soulagement.
17. Saül dit donc à ses officiers : cherchez-moi quelqu'un qui sache bien jouer de la harpe, et amenez-le-moi...
21. David vint donc trouver Saül, et se présenta devant lui. Saül l'aima beaucoup et le fit son écuyer...
23. Ainsi toutes les fois que l'Esprit malin envoyé du Seigneur se saisissait de Saül, David prenait sa harpe, et en jouait; et Saül en était soulagé, et se trouvait mieux; car l'Esprit malin se retirait de lui. — *Les Rois*. Livre I. Chap. XVI.

Rembrandt, à travers le Livre, a saisi la vie. Au lieu d'un Saul de convention, roi banal de légende sans relief et sans intérêt, comme celui de Lucas van Leyden, du musée d'Anvers, par exemple, il a peint la folie, dans la facture large de l'apogée de son génie qui savait rendre le tout des choses par la seule expression des « faits privilégiés », comme disait Bacon.

Coiffé d'un large turban, vêtu d'un manteau flottant, Saül est assis dans une attitude un peu figée, passive et comme affaissée, pendant que David joue de la harpe. Très amaigri, les pommettes

saillantes, le teint terreux, le front plissé, l'œil droit immobile et comme fixé dans le lointain, Saül penche un peu la tête pendant qu'il s'essuie l'œil gauche avec un pan de son manteau. Et l'on pense immédiatement à ces mélancoliques qui se tiennent à l'écart dans des attitudes de tristesse et dont les yeux, aux pupilles souvent dilatées, reflètent la douleur intérieure qui les accable.

Le Saül de Rembrandt est un mélancolique; ce diagnostic nous semble acceptable, autant du moins qu'il est possible d'après le seul examen d'une figure.

En terminant, voici, une dernière remarque. Elle porte sur l'extension des orteils et particulièrement du gros orteil de l'Enfant Jésus dans quelques Adorations des Mages. Cette scène, reproduite avec prédilection par les primitifs flamands, comme par les autres, est presque toujours traitée de la même façon; très souvent un des rois mages tient dans sa main la plante du pied de l'Enfant, et dans la plupart de ces cas, l'extension du gros orteil est très nettement dessinée. Nous en avons vu plusieurs exemples dans les musées de Belgique et de Hollande, nous en avons vu d'autres ailleurs, particulièrement dans un panneau sur bois d'un primitif espagnol de la cathédrale de Burgos. Certes, on connait la fréquence des mouvements spontanés d'extension des orteils chez les bébés; il était donc impossible que les primitifs ne les aient pas reproduits; néanmoins ce geste nous a paru digne d'être noté ici, aujourd'hui que tout le monde s'intéresse au signe de Babinski [1].

Bien à vous, M. LAIGNEL-LAVASTINE.

BIBLIOGRAPHIE.

XXV. *L'Année psychologique*, publiée par M. A. BINET. 1 vol. in-8° de 760 pages, 8e année (1902). Schleicher père et Cie, Paris.

Comme les années précédentes, cette intéressante publication comporte trois parties distinctes : la première partie, consacrée aux mémoires originaux, nous offre d'importantes communications signées Henri, Ch. Feré, Bourdon, Binet, etc.

La deuxième partie comporte de succintes analyses des principaux ouvrages français et étrangers parus sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, sur la psychologie proprement dite, tant animale qu'humaine, et sur la psychologie pathologique. Il nous suffira de dire que presque toutes ont été faites par

[1] Voir le programme détaillé de l'excursion en Hollande dans le numéro d'août des *Archives*.

M. A. Binet, pour en faire connaître la valeur. La troisième partie est une table bibliographique où nous trouvons l'énumération de tous les travaux ayant trait à la psychologie, depuis les articles parus dans les périodiques, jusqu'aux mémoires présentés aux divers Congrès et aux ouvrages de longue haleine édités dans le monde entier.

Est-il besoin d'insister sur l'intérêt que présente cette publication qui permet de se tenir au courant des progrès constants de la science psychologique. J. B.

XXVI. *La théorie de l'émotion*; par W. James, traduit de l'anglais, précédé d'une introduction par le Dr G. Dumas. 1 vol. in-18, de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, Paris, F. Alcan, 1903.

En nous présentant une traduction de ce que William James a écrit sur l'émotion, le Dr G. Dumas dans une introduction qui est un véritable exposé de la théorie émotionnelle du psychologue américain, tient à dissiper la confusion courante que l'on fait des idées de ce dernier avec celles du médecin danois Lange. Tous deux, il est vrai, ont surtout aperçu dans l'émotion le côté physiologique, mais tandis que Lange n'a pas vu ou voulu voir le sentiment spécial de plaisir ou de peine qui se surajoute aux sensations dont le complexus constitue l'émotion, James en reconnaît l'existence tout en essayant de la concilier avec le caractère périphérique de l'émotion. A cette théorie s'oppose la théorie intellectualiste de Herbart et son école exposée avec netteté par l'autrichien Nahlosky, pour qui les changements organiques n'existent qu'à l'état de réflexes.

Pour W. James, les causes générales des émotions sont essentiellement physiologiques. L'émotion suit l'expression physique et n'est constituée que par la perception des changements qui se produisent en nous. Que ces changements disparaissent et l'émotion s'évanouit. Le psychologue américain reconnaît l'impossibilité de soumettre sa théorie à une épreuve expérimentale, mais il répond victorieusement aux objections qu'on pourrait lui opposer.

Le Dr Dumas ne discute pas l'opinion de James, il s'est simplement borné à publier une traduction scrupuleuse de tout ce qui avait été écrit par lui sur cette question; là est le mérite du livre, il permet, en effet, de comprendre une théorie, qui paraît d'abord paradoxale et qu'on finit par accepter, en attendant mieux.

J. Boyer.

VARIA.

Laïcisation de la Maison nationale de Charenton

Cette réforme aurait dû être réalisée en même temps que la laïcisation des établissements nationaux de Vincennes, du Vésinet, des Jeunes Aveugles et des Sourds-Muets, c'est-à-dire en 1888. Malheureusement sur les conseils fâcheux et non motivés, et malgré notre insistance, Floquet prit un arrêté, à longue date, sur le fâcheux conseil de Napias, fixant la laïcisation de la Maison de Charenton en juillet 1889. Or, à la fin de janvier 1889, Floquet était renversé et Constant, sur l'intervention de la présidence, ne donna pas suite à la mesure projetée. M. Combes a décidé que les religieuses s'en iraient le 30 septembre. Le personnel laïque est prêt.

Inspecteurs des établissements d'aliénés de la Seine

I. — *Asiles publics.*

Médecins-inspecteurs.	Dr Ritti.	Asile clinique (Sainte-Anne).
		» de Villejuif.
	Dr Richardière.	» de Ville-Evrard.
		» de Maison-Blanche.
		Hospice de la Salpêtrière.
	Dr Bérillon.	Asile de Vaucluse.
		Hospice de Bicêtre.
		Maison nationale de Charenton.

Médecin-inspecteur adjoint : Dr Dupré.

II. — *Asiles privés.*

Médecins-inspecteurs.	Dr Vallon.
	Dr Briand.
Médecins-inspecteurs adjoints. . .	Dr Sérieux.
	Dr Berbez.
	Dr Antheaume.
	Dr Dufour.

III. — *Maisons de santé.*

Médecin-inspecteur : Dr Macaigne.

L'Alcoolisme.

Accès de delirium tremens. — Ce matin, 9 juillet, à la caserne Debilly, l'adjudant Thoron, du 161e, en grande tenue, ganté de

blanc, s'est tiré un coup de revolver dans la tempe droite, la balle est sortie par le sommet de la tête. L'adjudant Thoron était originaire de Bretagne, il avait trente-cinq ans. Depuis quelque années, il s'adonnait à l'absinthe et on croit que c'est dans un accès de delirium tremens qu'il s'est donné la mort. (*Le Progrès de Lyon*, 10 juillet 1903).

FAITS DIVERS.

Enfant parricide. — A. Doyen, treize ans, de Bruay, près Valenciennes, a tué ou contribué à tuer son père qui, rentré ivre, cherchait dispute à sa mère.

L'Esprit des autres. — « En France, quand on s'engage dans une voie inexplorée, serait-elle la plus avantageuse de toutes, il est long et malaisé de se faire suivre. » (Hamonic, *Rev. Clin. d'Androl. et de gynécologie*, 1903, page 226). — « Non seulement les gens timides n'aiment point à rougir, mais encore ils ont peur de faire rougir les autres » (Alex. Dumas, *Les Louves de Machecoul*, t. II, p. 236).

La guerre a l'alcoolisme. — Un pharmacien de Blaye, M. Capmartin, éprouvant le désir de lutter contre les progrès de l'alcoolisme, a pensé que la carte postale illustrée serait un merveilleux moyen de propagande pour ses salutaires idées.

Il a donc demandé aux « artistes » de lui fournir des illustrations pour de justes devises telles que : « L'absinthe est de l'épilepsie en bouteille » ; « sur cent phtisiques, on compte soixante et onze alcooliques ». Un seul artiste répondit à son appel, un modeste professeur de dessin. Cinq cent mille cartes postales furent tirées ; un mille seulement se vendit au prix modique de cinq francs le cent. Malgré cet échec, M. Capmartin ne renonce pas à son projet. Il voudrait que l'Assistance publique s'y employât. Il la supplie d'organiser, entre les artistes notoires, un concours sérieux avec primes et de répandre à profusion les cartes postales ainsi obtenues. Il paraît qu'en Belgique plusieurs sociétés de tempérance ont eu recours à ce stratagème et qu'il a donné des résultats appréciables. (*Le Français*, 29 août 1903.)

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 8-1903.

Vol. XVI. Novembre 1903. N° 95.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

THÉRAPEUTIQUE.

Un cas de guérison complète de cécité (*hémianopsie*)

Par S. TCHIRIEV

Au commencement du mois de novembre de l'année dernière, je fus invité chez le malade A. D., âgé de vingt-deux ans, étudiant de l'école polytechnique Empereur Alexandre II, à Kiev. Le jeune homme est le second fils de la famille; il est d'une taille extraordinairement grande (192 ctm.), plus grande que celle de ses parents mais en même temps d'une constitution parfaitement proportionnelle.

Anamnesis. — J'appris du malade et de ses parents qu'en été 1895 le patient en faisant une course sur le vélocipède fit une chute et reçut un choc sur la tête choc — si violent, qu'il en perdit connaissance, et qu'on fut obligé durant plusieurs jours de lui appliquer de la glace sur la tête. Jusqu'alors il avait été un des premiers élèves, et l'étude lui était très facile. Dès l'automne 1895, quand il se trouva dans la cinquième classe, il n'étudia plus aussi bien qu'auparavant, devint apathique et ne vit pas bien de temps en temps. Dès lors, il souffrit, en outre, quelquefois des douleurs à la tête, qui se concentraient principalement dans la partie postérieure; cela arrivait le plus souvent à la suite des lectures sérieuses, demandant des efforts intellectuels. En novembre 1901, il remarqua un affaiblissement évident de la vue, ce qui l'oppressa vivement. Mais cet affaiblissement ne fut pas de longue durée. En juin 1902, un jour qu'il se mirait, il découvrit à son grand étonnement, qu'il n'apercevait pas l'image complète de sa personne et depuis il constata un affaiblissement graduel de la vue.

Au commencement du mois de septembre 1902, le patient consulta un spécialiste pour les maladies des yeux; celui-ci déclara qu'il n'avait aucun remède contre l'affaiblissement de la vue en question, voulant probablement signifier par là l'origine centrale du mal. Plus tard, au mois de septembre de la même année, le ma-

lade fut exploré par un autre spécialiste, qui trouva les symptômes de *amblyopia nicotiana*, défendit au malade l'usage du tabac et lui conseilla le mouvement en plein air. Il lui prescrit en outre l'électrisation et des injections sous-cutanées de strychnine.

Vers le 18 octobre de la même année, le médecin du malade in-

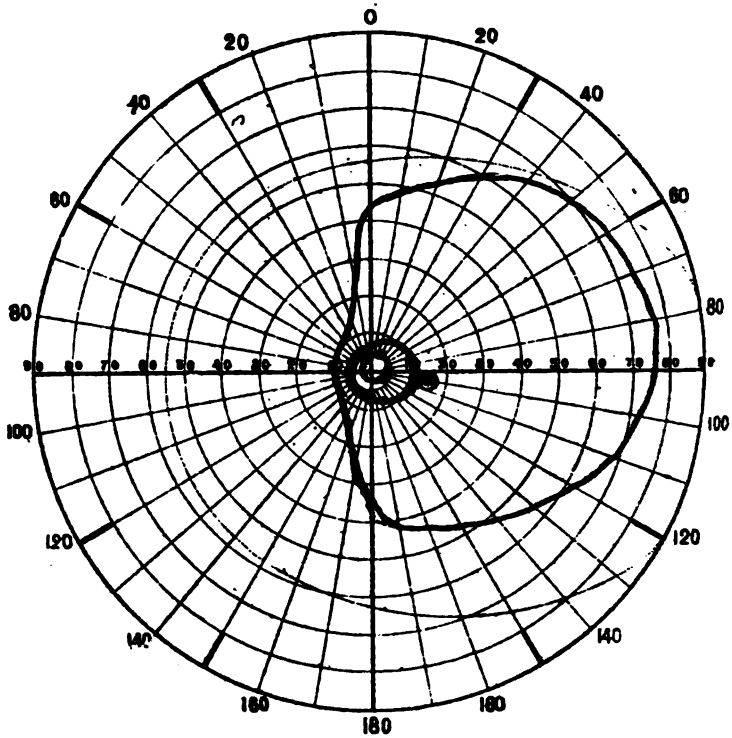


Fig. 18.

vita un neuropathologue, et tous les deux tombèrent d'accord qu'ils avaient en ce cas affaire à *l'acromegalie* et que l'affaiblissement de la vue était la suite de cette maladie. Ils prescrivirent la franklinisation de la tête et des yeux et Natrium Iodatum en dedans. Sous l'influence de ce traitement l'état du malade ne s'améliora pas, bien au contraire, l'affaiblissement de la vue s'augmenta encore.

A la fin d'octobre on réunit un consilium, auquel prirent part plusieurs spécialistes, entre autres le docteur *J.-H. Hene*. Le

docteur *J.-H. Hene* fut d'avis que la cause de l'affaiblissement de la vue était d'origine centrale, attendu que l'ophtalmoscopie des deux yeux donna un résultat purement négatif, de même que l'investigation des milieux transparents de l'œil. Les autres membres du consilium admirent en ce cas l'acromegalie et comme dans

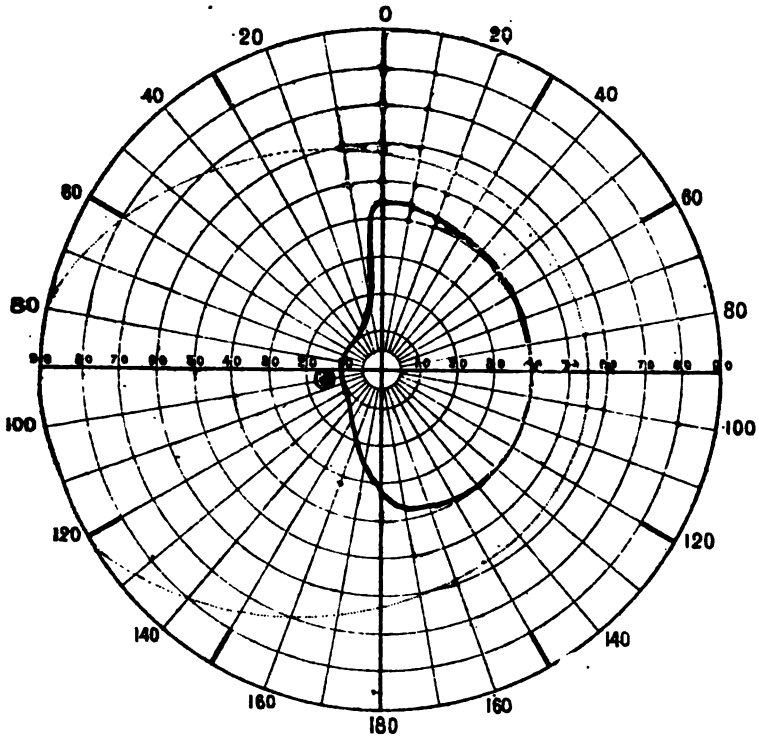


Fig. 19.

cette forme du dérangement de la nutrition du cerveau l'hypophisis cerebri s'augmente, ils furent d'avis que le dépérissement de la vue pouvait dépendre de l'hypophisis augmenté. A la suite de quoi furent prescrits les injections sous-cutanées de strychnine dans la face et en dedans les préparates d'iode et l'extract d'hypophisis cerebri!. Encore la célèbre organothérapie![1]

[1] Professeur S. Tchiriev, *Sur le traitement de morbus Basedowii, Archives russes de pathologie*, etc., de M. le Professeur V. Podwyssotsky, t. V, 1898 (russe).

Cependant l'affaiblissement de la vue s'augmentait toujours, le champ visuel des deux yeux, celui de l'œil gauche surtout, se rétrécissait de plus en plus; il s'y joignit de violentes douleurs à la tête qui furent accompagnées de douleurs fulgurantes dans l'œil gauche. Attendre encore était impossible, le præparat d'hypophisis ce-

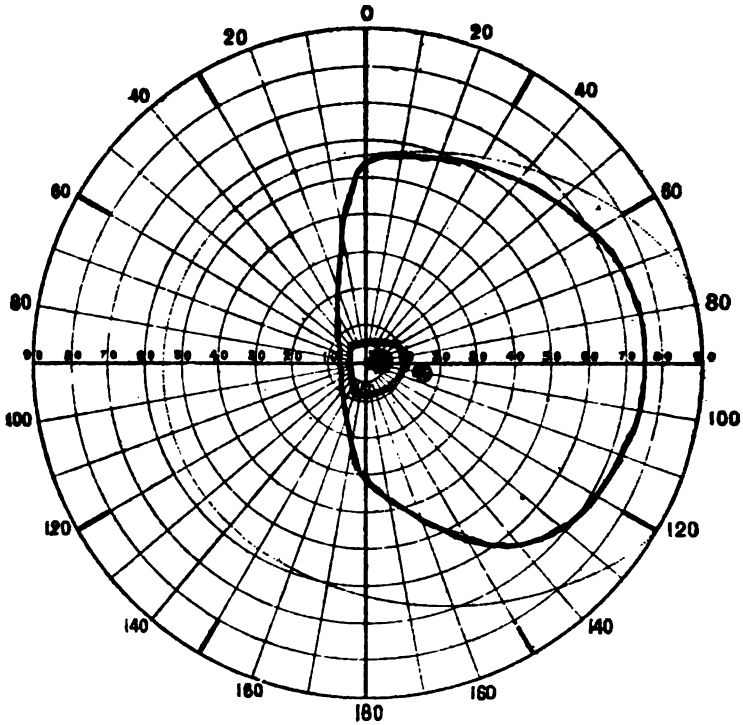


Fig. 20.

rebri ne pouvait être obtenu nulle part dans la ville, les parents s'adressèrent à moi.

Status praesens. — Le patient, comme je l'ai déjà dit, est de très grande taille; il ne peut se tenir debout un temps tant soit peu considérable les yeux fermés comme les yeux ouverts, les jambes se joignent; il ne peut non plus rester debout sur le pied droit seul; la coordination du mouvement est normale. Le réflexe pharyngien est normal, les réflexes rotuliens sont très affaiblis, presque com-

plètement abolis. Les sensibilités cutanée et sensorielle ne sont pas altérées.

L'exploration que le docteur *J.-H. Hene* avait faite le 15 novembre 1902, à l'aide du périmètre de main, présente le tableau suivant : (*Fig.* 18, *dex.* et *sin.*) Dans l'œil droit on n'a obtenu qu'une partie

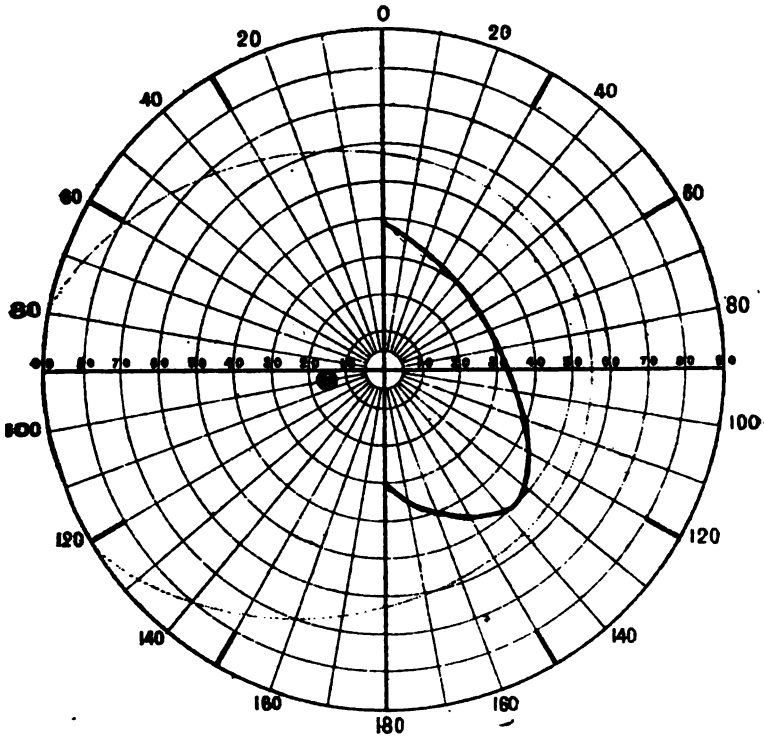


Fig. 21.

du champ visuel. Au diamètre vertical du champ visuel la vue périphérique vers le haut s'étend jusqu'a 45°, vers le bas — jusqu'à 40°, au diamètre horizontal vers le dehors — jusqu'à 75°, vers le dedans — jusqu'à 10°. La perception de la couleur rouge s'étend au diamètre horizontal vers le dedans jusqu'à 5°, au diamètre vertical vers le haut et vers le bas jusqu'à 75° et au diamétre horizontal vers le dehors jusqu'à 10°. La perception de la couleur verte s'étend dans toutes les directions jusqu'à environ 5°. Avec l'œil droit le patient déchiffre le 14 des tables de Jäger. La vue périsphérique de l'œil

gauche est encore plus rétrécie, précisément vers le haut elle s'étend jusqu'à 44°, vers le bas jusqu'à 35°, vers le dehors jusqu'à 10°, vers le dedans jusqu'à 40°. Le patient ne distingue les couleurs qu'au centre du champ visuel et quant à l'intensité de la vue il peut reconnaître seulement le mouvement des doigts tout près ;

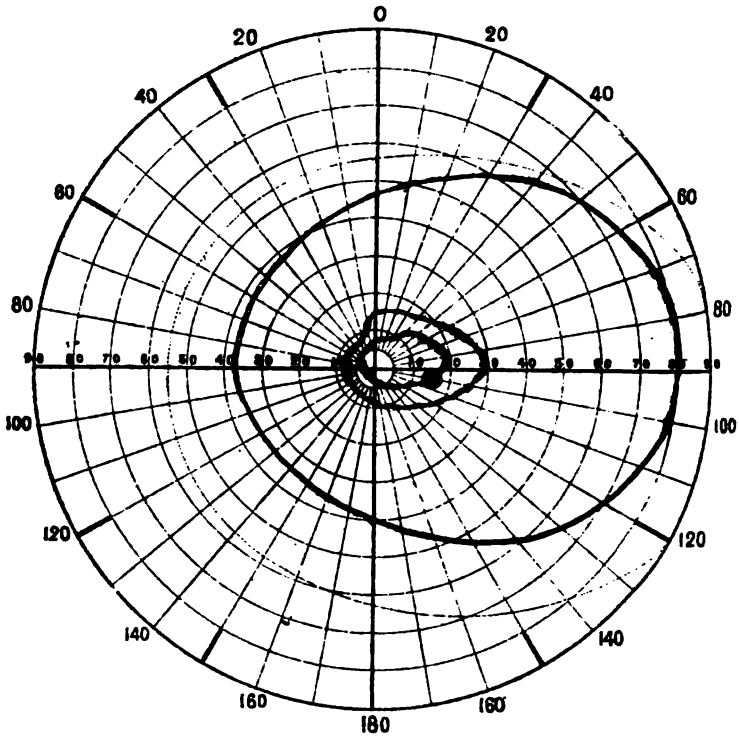


Fig. 22.

l'ophtalmoscopie des deux yeux ne découvrit aucunes modifications sensibles, on constata seulement une faible lueur blanchâtre des parties extérieures des deux papilles nervi optici. Les yeux ont leur mobilité normale, la pupille droite est plus grande que la gauche, et les deux pupilles réagissent très faiblement sur la lumière.

Le pli nasolabial droit est moins profond que le gauche. Le malade souffre ordinairement de constipation, la langue est chargée, l'urine a la réaction presque neutrale et est un peu trouble. Il y a

des jours, où le patient ne peut point uriner le matin et ressent en ce moment des douleurs aiguës dans la vessie pleine. Le malade ne souffre pas de syphilis : ni héréditaire, ni acquise.

La semaine précédente le malade avait eu de violentes douleurs à la tête, surtout dans la partie postérieure, qui étaient accompa-

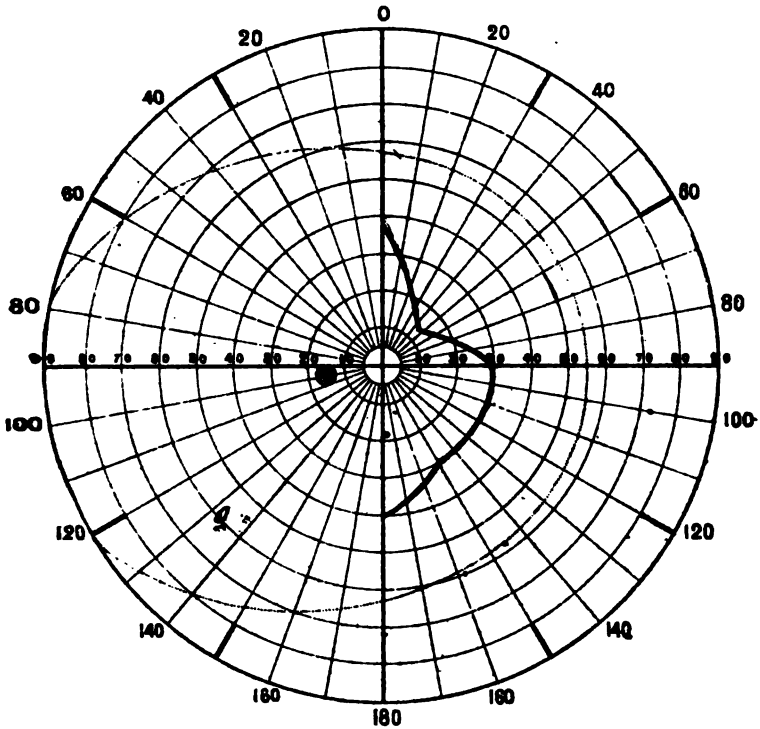


Fig. 23.

gnées des douleurs fulgurantes à l'œil gauche. Quelquefois le patient avait des paresthésies dans la nuque, à la surface postérieure du cou et dans les mains (la sensation des fourmis).

Diagnostic. — Le malade souffrait-il réellement de l'acromégalie (maladie de Marie) ou bien avons-nous ici affaire à une simple croissance extraordinairement vigoureuse? Comme nous l'avions mentionné plus haut, il était en vérité extraordinairement grand de taille (192 ctm.), il surpassait la taille de son père de la moitié

de la tête ; en même temps il avait une constitution tout à fait normale ; ses mains et ses pieds surtout pouvaient prétendre à la beauté pour la blancheur et la délicatesse de la peau. La croissance du jeune homme était normale, elle ne se faisait pas par saccades. Contre l'existence de l'acromégalie témoignait l'absence de tout

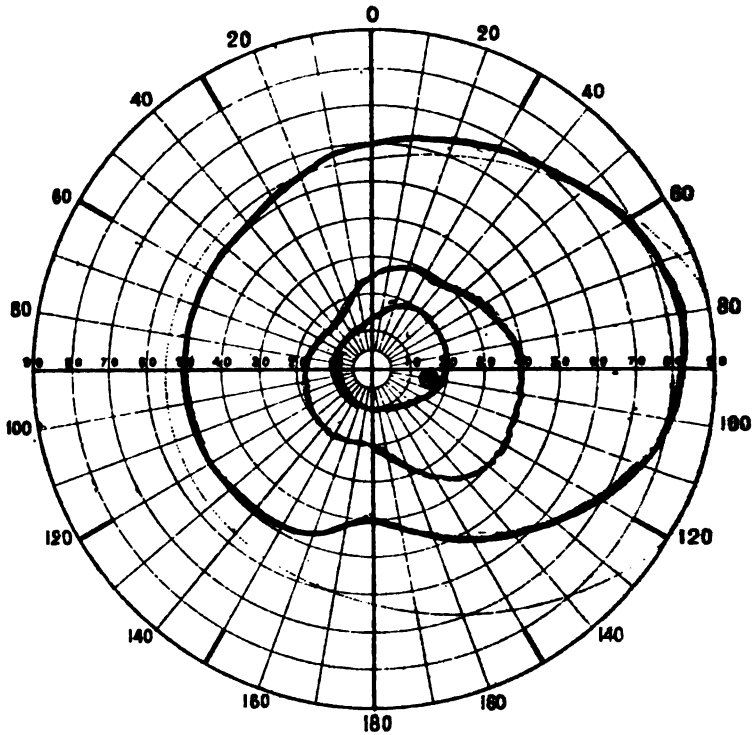


Fig. 24.

symptôme de cette maladie. Le squelette des mains et des pieds était proportionnellement développé : la forme de la main ne pouvait aucunement être désignée comme « battoir » aux doigts cylindriques ; la peau des doigts était mince, délicate, pas foncée, plutôt pâle ; les pieds étaient parfaitement normaux, bien développés et non plats ; la tête et ses organes : les paupières, la langue, les tonsilles, le palais, ne manifestent non plus aucunes modifications caractéristiques de l'acromégalie. Le prognatisme des mâchoires n'est pas saillant, on ne voit pas non plus de déviation de la co-

lonne vertébrale, ni d'épaississement des extrémités des os. Le tableau ophtalmoscopique des papilles et rétinien est complètement normal, et nous n'avons pas le moindre indice de neuroretinitis. Par conséquent, hors la croissance extraordinairement vigoureuse, le patient ne présente aucunes lésions ou anormalités typiques pour

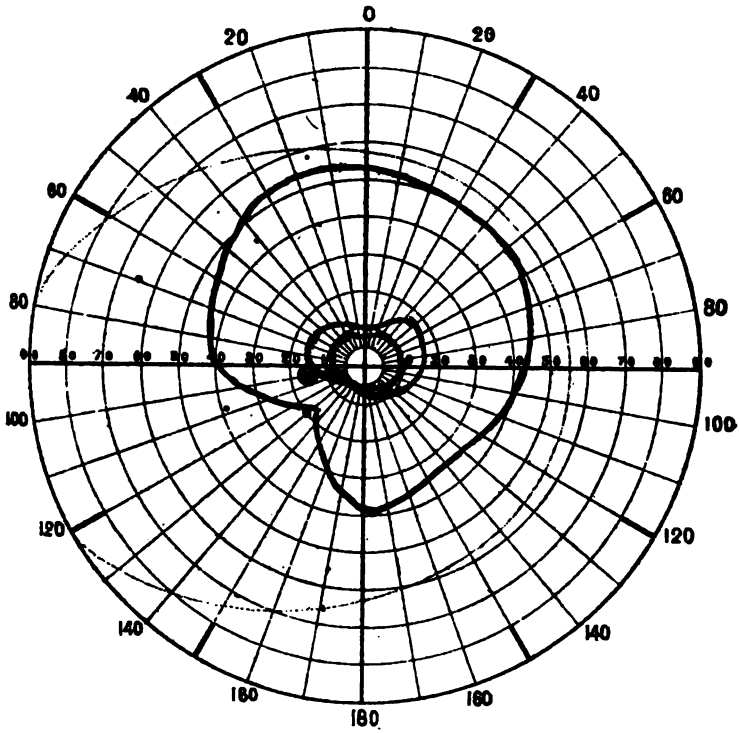


Fig. 25.

l'acromégalie. Résumé : le malade souffrait de l'affaiblissement de la vue, de la perception aux couleurs et de l'acuité visuelle, jusqu'à un anéantissement presque complet de ses facultés dans l'œil gauche, sans modification sensible du fond de l'œil et des milieux réfracteurs. Donc nous avons ici, parait-il, affaire à l'affaiblissement de la vue dans les deux yeux sous forme de hémianopsie sinistra qui, progressant peu à peu, s'étendit sur la moitié droite des champs visuels. Dernièrement, aux symptômes indiqués se joignirent des douleurs opiniâtres à la tête, surtout dans la par-

tie postérieure, accompagnées de douleurs fulgurantes à l'œil gauche, de fourmillements dans la nuque, le dos et les mains, l'impossibilité de se tenir debout pendant un espace de temps de très courte durée, le sentiment de faiblesse surtout dans le côté droit du corps, joint à l'absence des réflexes rotuliens.

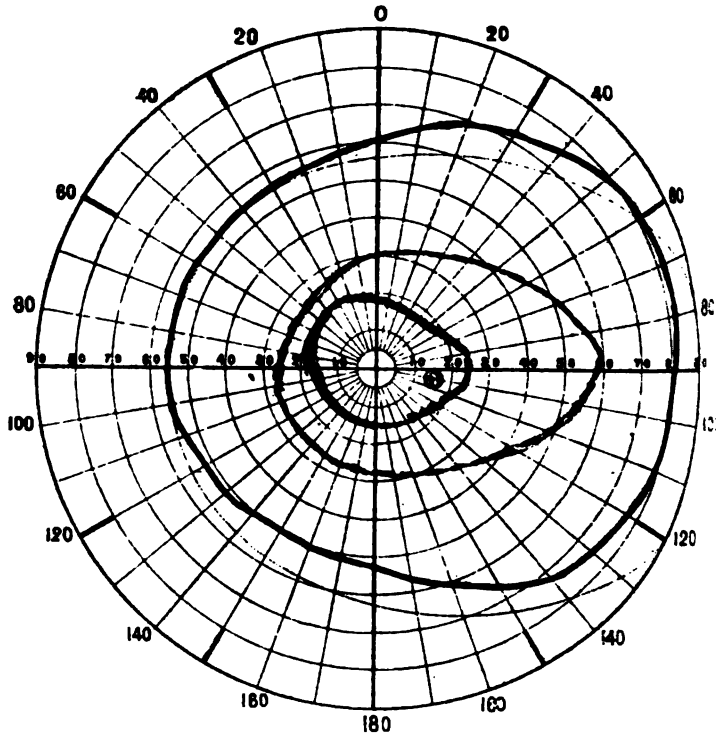


Fig. 26

Mon opinion était la suivante : la contusion de la partie postérieure de la tête et du crâne a la suite du choc violent, jointe à la perte de connaissance, avait provoqué chez le malade il y a quelques années le pachymeningitis hemoragica interna dans les régions mentionnées du côté droit. Il en resta, quoique l'épanchement du sang fût résorbé, des cicatrices entre les dura et pia matres. Ces cicatrices nous révèlent la cause des douleurs à la tête, qui se manifestaient de temps en temps après le travail intellectuel intensif et de longue durée. En outre, le malade après sa chute devint apa-

thique, les études le fatiguaient bientôt et l'acuité visuelle de l'œil gauche diminuait de plus en plus.

L'été dernier, sans doute à la suite de la fatigue des yeux, causée par les travaux pratiques à l'institut polytechnique, il se développa chez le malade dans la partie occipitale de l'hémispère droit

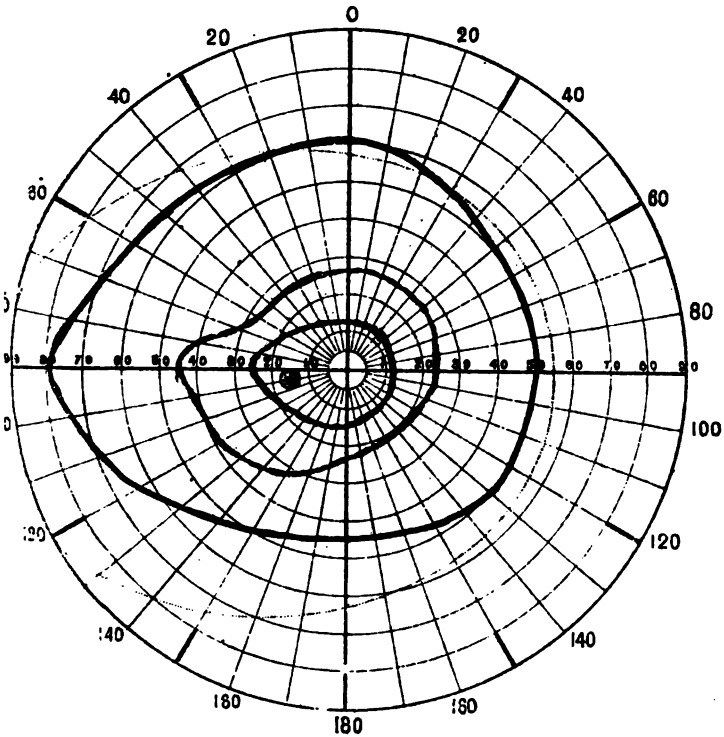


Fig. 27.

du grand cerveau une tumeur bénigne (glioma!) qui en croissant en large et en dedans exerçait une pression sur la partie occipitale gauche du grand cerveau. A la suite de cette pression se développa peu à peu l'affaiblissement de la vue sous forme d'hémianopsie sinistra, qui plus tard s'étendit sur la partie droite. Je ne trouvai chez mon patient qu'une partie du champ visuel périphérique dans chaque œil avec une diminution considérable de la perception des couleurs et de l'acuité visuelle — surtout dans l'œil gauche.

Cette tumeur gagna peu à peu la surface extérieure de la partie

occipitale de l'hémisphère droit du grand cerveau, l'endroit où se trouvait l'ancienne cicatrice de pia et dutra matres. C'est pourquoi le patient qui, auparavant, ne souffrait pas de douleurs constantes à la tête, en ressentit de violentes maintenant; il se manifesta des douleurs perçantes, aiguës, à l'œil gauche et, en plus, des fourmi-

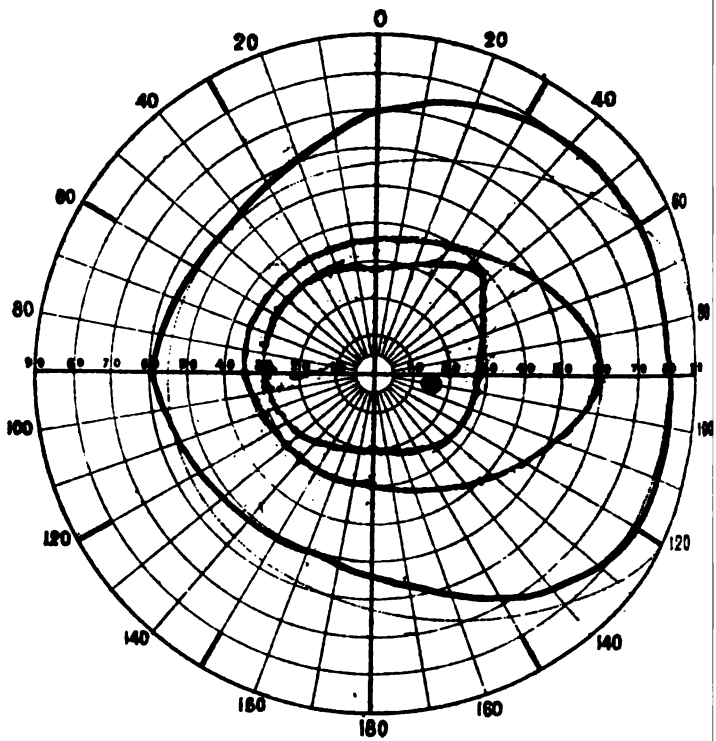


Fig. 28.

lements dans la nuque, le dos, les mains. L'absence de toute paralysie de mouvement et de tout affaiblissement de sensibilité, de même que le résultat entièrement négatif, obtenu à l'ophtalmoscopie des deux yeux, confirma encore notre opinion. Les mouvements affaiblis du côté droit du corps et l'absence des réflexes rotuliens (si toutefois ce dernier phénomène n'est pas une propriété individuelle du malade) peuvent être expliqués par la pression sur la moitié droite du cervelet et sur la moelle épinière. Par conséquent

nous avons établi le diagnostic suivant : Tumor partis occipitalis hemispheræ dextræ cerebri.

Quelle sorte de tumeur est-ce ? La supposition la plus vraisemblable est, que c'est une tumeur bénigne (glioma ?). Contre le caractère malin de la tumeur témoigne l'anemnèse; contre le caractère

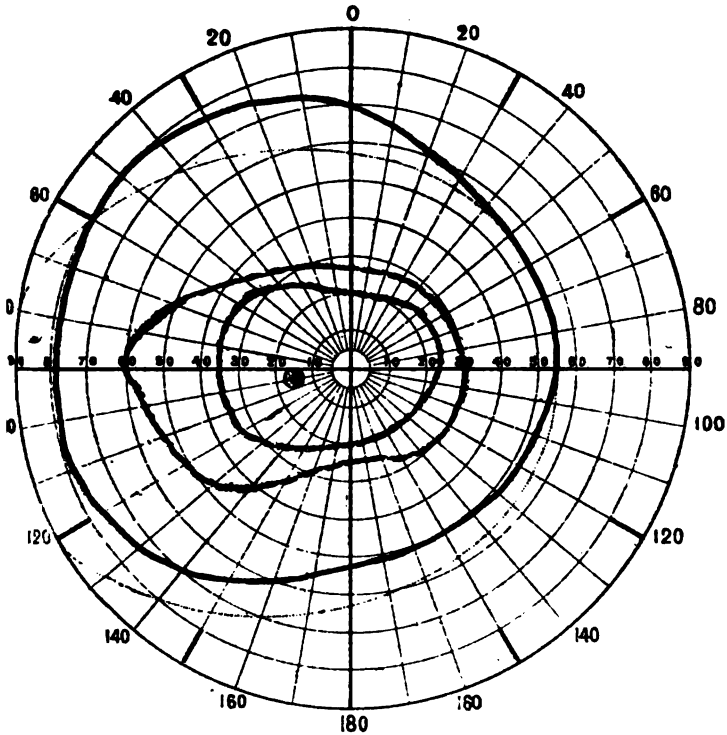


Fig. 29.

tuberculeux témoigne d'une manière incontestable le système des vaisseaux lymphatiques : il ne manifeste aucunes enflures des glandes lymphatiques — de celles du cou en particulier.

Thérapeutique. — En me fondant sur mon diagnostic de Neoplasma du cerveau, je conseillai à mon patient, comme je le fais dans tous les cas analogues, de même que dans les cas de pression d'un méningite exudative sur les moteurs oculaires (chez les enfants),

d'user sur le champ de remèdes absorbants très forts. Dans ce but je lui ordonnai des frictions mercurielles et des bains chauds.

Cette ordonnance troubla d'abord les parents du patient, à cause certainement de la mauvaise renommée dont le mercure jouit en public. Incontestablement, cette méfiance du public est fondée sur

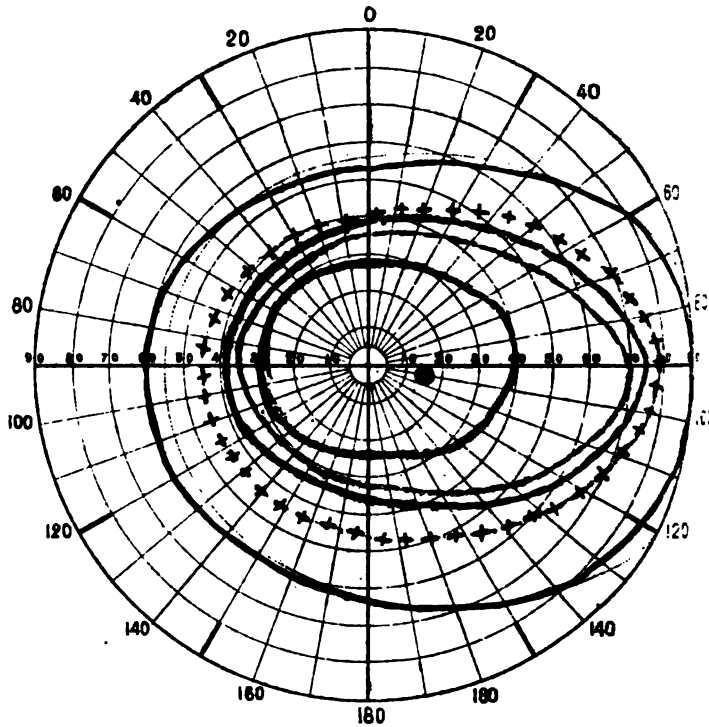


Fig. 30.

l'opinion des médecins qui regardent la friction mercurielle comme nuisible à l'organisme. On cite ordinairement divers cas de stomatite et d'autres faits pareils, malgré les preuves évidentes que ces faits avaient été la suite de l'emploi incorect du mercure et de l'emploi simultané de préparations d'iode en dedans ordonné par messieurs les syphilidologues eux-mêmes [1].

[1] Professeur S. Tchiriev, *Sur le traitement de la syphilis en général et sur celui de Tabes. postsyphilitica en particulier.* Notes cliniques de la

Enfin, les malheureux parents se décidèrent à faire usage des médicaments absorbants très énergiques, que je leur recommandai, d'autant plus que le parti opposé, après avoir essayé de tous les moyens, hors l'extractum d'hypophisis cerebri (!), déclara un prognosis pessima.

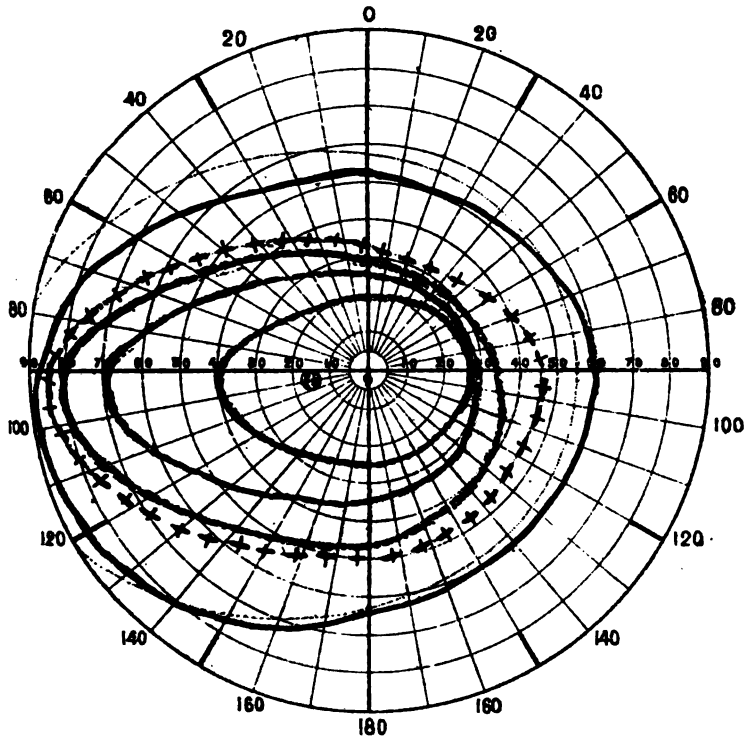


Fig. 31.

J'ai commencé par essayer de régler l'activité des intestins au moyen de petits clystères de glycérine et de solution de chlorure de sodium et au moyen de pilules de podophylin; plus tard, il se manifesta que le malade souffrait à la suite d'une constipation chronique, d'une forte dilatation de rectum et s. romanum (qui occasionnait souvent le matin une impossibilité complète d'uriner). A

section des maladies nerveuses à l'hôpital militaire de Kief. (*Arch. de Neurologie*, 1900, n° 5.)

la suite de cela l'emploi de différents sels minéraux d'un haut équivalent endosmotique et le massage de rectum et du ventre furent reconnus pour des moyens plus efficaces.

Mon ordonnance des remèdes absorbants fut la suivante : le malade eut tous les jours des bains de 35°-36° C (20-30 minutes) et, une

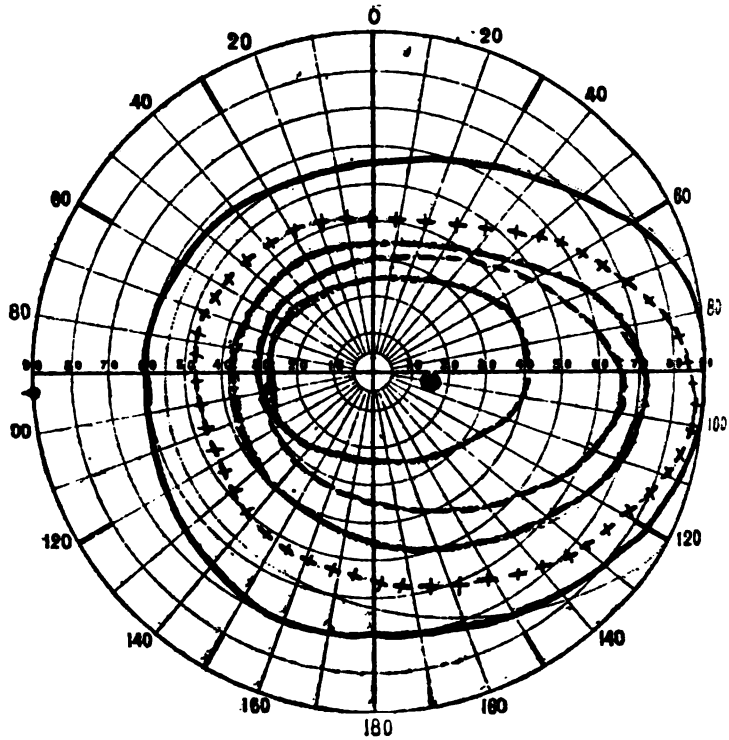


Fig. 32.

heure ou une demi-heure après les bains, des frictions mercurielles sous forme de savon au mercure d'Aix-la-Chapelle, 6 grammes dans le dos et les côtés. Les dents étaient nettoyées avec une brosse à dents, la bouche était gargarisée 7-8 fois par jour avec une solution saturée de chlorate de potasse.

Les frictions s'opérèrent 6 jours de suite et le septième jour fut un jour de repos.

Les frictions étaient faites par un aide-chirurgien expérimenté.

De temps en temps on faisait des analyses de l'urine, qui démontrèrent que le mercure était effectivement absorbé.

Durant un mois entier de cette cure mercurielle il ne se manifesta aucun symptôme de stomatite ; seulement à la fin de la cure je constatai une faible enflure des gencives.

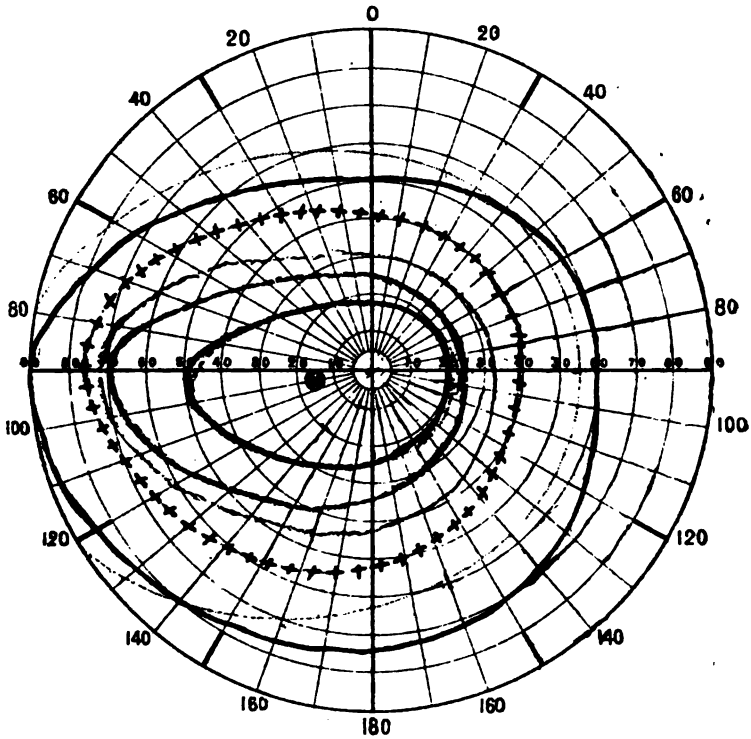


Fig. 33.

Les frictions ne commencèrent que le 20 novembre et durèrent jusqu'au 30 décembre avec des intervalles de vingt-quatre heures tous les six jours au commencement et tous les trois jours ensuite. En tout, on opéra vingt-six frictions. Durant la cure, le malade prit des préparates de brome le soir et pendant les repas du vin blanc mêlé de Levico.

Le 23 novembre eut lieu l'exploration du malade par le docteur *J.-H. Hene* avec le périmètre de main. (*Fig.* 20 et 21, *dex.* et *sin.*) qui

donna le tableau suivant. L'étendue du champ visuel périphérique de l'œil gauche s'était encore plus rétrécie, celui de l'œil droit s'était un peu augmentée. La perception des couleurs de l'œil droit avait diminué un peu ; la perception de la couleur verte pouvait être constatée seulement au centre du champ visuel droit. De l'œil gauche le malade ne distinguait que les mouvements des doigts et encore les doigts devaient-ils être rapprochés de l'œil le plus possible ; avec l'œil droit il ne déchiffrait que le 14 des tables de Jäger. Cependant immédiatement après la deuxième friction les douleurs à la tête et à l'œil gauche disparurent complètement et l'appétit comme le sommeil aussi s'améliorèrent.

Le 30 novembre on usa encore du périmètre (*Fig.* 22 et 23 *dex.* et *sin.*) et le docteur *J.-H. Hene* me félicita des résultats obtenus. Quoique le périmétrogramme de l'œil gauche eût encore diminué, mais dans le cadran du dehors et celui d'en bas du champ fut remarqué de temps en temps un point impressionnable *o* (environ au point d'intersection du diamètre 140 et de la circonférence 55°). Avec l'œil gauche le patient pouvait déjà compter les doigts à une distance plus grande. Dans l'œil droit s'était opérée une augmentation visible de la périphérie du champ visuel et de la perception des couleurs. Le malade comptait les doigts à la distance de 5,75 m. et déchiffrait le 8 des tables de Jäger.

Plus tard les périmétrogrammes du 7 décembre constatèrent (*Fig.* 24 et 25, *dex.* et *sin.*) : Dans l'œil gauche l'étendue du champ visuel périphérique s'était augmentée, de même que la perception des couleurs. Le patient comptait déjà les doigts avec l'œil gauche aussi à la distance de 5,75 m. et pouvait déjà déchiffrer le 8 des tables de Jäger. Dans l'œil droit tous les périmétrogrammes, celui du champ visuel simple et celui de la perception des couleurs s'étaient agrandies et le malade pouvait déchiffrer le 1 des tables de Jäger.

Le 13 et le 21 novembre on rédigea encore des périmétrogrammes (*Fig.* 26, 27, 28 et 29, *dex.* et *sin.*) qui constatèrent l'amélioration successive de la vue. Le patient pouvait déjà déchiffrer avec l'un et l'autre œil le 1 de tables de Jäger. Il se manifesta au surplus vers ce temps des réflexes rotuliens jusqu'alors fort affaiblis. Le 28 décembre 1902 et le 4 janvier 1903, j'ai rédigé moi-même deux périmétrogrammes (*Fig.* 30, 31, 32, et 33, *dex.* et *sin.*) à l'aide du grand périmètre *Priestley Smith*. Ce périmètre est fabriqué par le mécanicien *Jung* à *Heidelberg* et se trouve dans le Laboratoire de Physiologie de l'Université St. Wladimir à Kiev. Ce périmètre démontra l'étendue périphérique de la perception des couleurs : rouge, vert, jaune et bleu. Comme on voit d'après les *fig.* 30 à 33, insérés plus haut, la vue périphérique et la perception des couleurs sont rétablies complètement dans l'œil droit, mais dans l'œil gauche la perception des couleurs et la vue périphérique sont un peu bornées en haut et l'acuité visuelle est restée un peu affaiblie.

Donc le malade peut aujourd'hui voir tout à fait bien, il est devenu plus fort et tous les symptômes de maladie ont disparu.

Durant tout le mois de janvier le malade prit des bains chauds. Au mois de février et au commencement de mars le patient prenait une ou deux fois par jour du Iodipinum (25 p. 100), un gramme dans une capsule gélatineuse, pour provoquer l'évacuation complète du mercure.

Kiev, Mars, 1903.

ASILE D'ALIÉNÉS.

Installation d'un pavillon d'isolement des aliénés tuberculeux à l'asile d'Armentières [1] ;

Par MM. les Drs E. CHARDON, directeur-médecin en chef, et G. RAVIART, médecin-adjoint.

La nécessité d'isoler les tuberculeux dans les asiles d'aliénés est admise depuis longtemps. Elle a fait l'objet de circulaires ministérielles récentes, et lors du Congrès de 1900, M. le Dr Marie (de Villejuif), qui avait traité cette question, proposa au Congrès d'émettre le vœu qu'il soit procédé à l'isolement et au traitement des aliénés tuberculeux dans les asiles, en « pavillons spéciaux » pour un asile, ou en « sanatoria » affectés à plusieurs établissements. Vœu qui fut adopté.

La très grande fréquence de la tuberculose pulmonaire dans le nord de la France et à Lille en particulier où elle est la cause du quart des décès, fait qu'à l'asile d'Armentières le nombre des malades qui en sont atteints est considérable. C'est ainsi que l'an dernier, par exemple, 20 pour 100 des malades décédés étaient tuberculeux. Aussi, depuis bientôt deux ans, cette question avait été l'objet de tous les soins de l'administration. On avait placé des crachoirs dans tous les quartiers et apposé des écriteaux portant la mention : « Défense de cracher à terre. » Ces mesures, nous devons le dire, avaient donné d'assez bons résultats pour que nous

[1] Communication faite le 7 août au Congrès de Bruxelles 1903.

puissions nous féliciter, dans le rapport annuel de 1902, de l'amélioration obtenue. Néanmoins, nous n'avons pas cru devoir nous en tenir là. Le Dr Chardon, en prenant en mai la direction de l'asile, décida — conformément à la dernière partie de la circulaire ministérielle du 16 juin 1901, transmise par M. le Préfet — de tenter « l'isolement » des malades atteints de tuberculose, seule mesure efficace pour enrayer la marche croissante de cette terrible affection, en attendant la création de sanatoria spéciaux de plus en plus nécessaires.

Certes, ce n'est pas sans la notion bien nette des difficultés qui nous attendaient, que nous avons entrepris cette tâche, et au moment même où l'idée nous en était venue, mille objections se présentaient à notre esprit.

Comment arriver à grouper dans un même quartier des malades aussi divers? Comment décider un certain nombre d'entre eux? Et une fois groupés, comment les y maintenir? La nécessité de pratiquer cet isolement, nous parut si pressante, que, malgré tout, nous avons essayé.

L'asile autonome des aliénés d'Armentières, de construction relativement récente, présente l'immense avantage d'être composé de quinze pavillons nettement séparés. Cette disposition favorisait au plus haut point notre projet, puisqu'elle nous permettait de consacrer un pavillon, deux s'il le fallait, aux malades que nous avions l'intention d'isoler. Nous avons *choisi* le quartier qui nous semblait avoir la situation la plus favorable. Tout proche de l'infirmerie, ce qui est dans tous les cas un avantage, il est orienté d'une façon fort satisfaisante et composé d'un rez-de-chaussée et d'un étage. Il comprend, en bas, à droite du couloir central, un dortoir de quatorze lits, destiné aux tuberculeux alités; à gauche de ce couloir un vaste réfectoire. Au premier étage, existent deux dortoirs de seize lits, destinés, l'un aux malades tranquilles, l'autre aux malades plus turbulents. Enfin, deux chambres existent à l'extrémité de chaque dortoir; ce qui nous donne trois chambres d'isolement et trois chambres de gardiens. Toutes ces salles sont convenablement éclairées et leur aération se fait facilement la nuit, grâce à de nombreux carreaux mobiles situés en haut de chaque fenêtre. Le cubage de chacune des pièces assure 28 à 30 mètres cubes d'air par malade. Le mobilier très simple est facilement aseptisable. Enfin,

les malades ont à leur disposition une vaste cour de 45 mètres de longueur sur 42 de largeur, plantée d'arbres, ornée de parterres de fleurs, ensoleillée presque toute la journée. orientée vers le midi et attenant au potager de l'établissement, au delà duquel se trouve la pleine campagne.

Tel est le milieu dans lequel nous avons placé nos malades. Les premiers, nous conviendrons qu'il est imparfait; mais ne fallait-il pas commencer avec l'outil dont nous disposions?

Nous avons l'intention d'annexer à notre pavillon, une vaste galerie vitrée, exposée au soleil, où les malades pourront se reposer et séjourner l'hiver ; puis une série de chambres d'isolement spécialement aménagées de façon à recevoir le cas échéant nos tuberculeux agités. Enfin, chemin faisant, nous apporterons les modifications qui nous sembleront nécessaires.

Notre quartier choisi, nous l'avons soigneusement *mis en état*. Les murs ont été peints à l'huile de façon à pouvoir être lavés ; les parquets vont être paraffinés incessamment. Nous avons procédé au *groupement* de nos malades. Ce n'était pas la partie la plus commode. La liste de nos tuberculeux fut assez facile à dresser. Nous avions d'abord tous ceux qui, connus comme tels de tout le personnel, étaient déjà l'objet de soins spéciaux. Nous n'avons eu qu'à consulter la collection de nos rapports médicaux journaliers pour relever les noms de ceux de nos malades qui, pendant ces dernières années, avaient été auscultés et trouvés atteints de tuberculose. Cela fait, par séries plus ou moins nombreuses, par mutations successives, nous les avons installés dans notre pavillon spécial, La chose n'alla pas toujours toute seule ; quelques malades protestèrent, mais, usant de douceur, nous les avons amenés à accepter une situation dont ils sont les premiers à nous remercier maintenant. C'est qu'en effet, nos malades se sentent dans ce nouveau quartier, entourés d'une sollicitude toute particulière, et quand nous aurons dit que nous avons, dans la mesure du possible, amélioré leur régime, on comprendra comment il se fait que, depuis un mois que nos tuberculeux se trouvent groupés, pas un seul ne se soit plaint et n'ait demandé à changer.

Les malades atteints de tuberculose, groupés actuelle-

ment dans le pavillon d'isolement sont au nombre de 47. La plupart des *formes* d'aliénation mentale y sont représentées. C'est ainsi que nous trouvons :

4	malades	atteints	de mélancolie.
4	»	»	de délire général hallucinatoire.
1	»	»	de délire de persécution.
1	»	»	de délire alcoolique.
3	»	»	de folie paralytique.
7	»	»	de dégénérescence mentale.
6	»	»	de débilité mentale.
14	»	»	d'imbécillité,
2	»	»	d'idiotie.
5	»	»	d'épilepsie.

Dix-huit d'entre eux sont entrés depuis moins de trois ans.

La plupart sont très gravement *atteints :*

26 présentent des signes d'excavation pulmonaire;
20 ne sont atteints que de tuberculose à la seconde période;
1 seul ne présente que des signes peu marqués.

Un problème non moins important que les autres devait être résolu. A qui allions-nous *confier* la surveillance de nos malades? N'allions-nous pas exposer à la contamination des gardiens, peut-être incapables, étant donné leur niveau intellectuel peu élevé, de prendre les précautions nécessaires? L'existence d'*anciens gardiens* atteints de tuberculose nous tira en partie d'embarras. Deux d'entre eux, particulièrement atteints, ont été placés dans le quartier où ils suivront le régime des malades ; et, ce faisant, nous sommes convaincus de leur avoir rendu service, tandis qu'en même temps, nous éliminions des autres quartiers deux agents qui étaient pour nos malades une cause de contamination. Deux autres gardiens, dont le chef de quartier, ne sont pas tuberculeux ; mais nous espérons bien que grâce aux multiples précautions dont nous allons maintenant parler, ils seront à l'abri de l'infection.

Notre tâche ne devait pas se borner à grouper nos malades, nous devions poursuivre un *triple but :* 1° Rendre l'isolement efficace en procédant à une *désinfection* rigoureuse de tout ce qui sortait du pavillon, afin que le reste de

l'établissement, fût, dans la mesure du possible, à l'abri de la contamination ; 2° faire régner dans le pavillon même la *propreté* la plus méticuleuse, afin d'éviter à nos malades toute affection secondaire ou complication, et de protéger en même temps le personnel contre la maladie ; 3° *Traiter* les malades.

Nous nous sommes inspirés, pour pratiquer la désinfection, de ce qui se fait au dispensaire antituberculeux « Emile Roux » à Lille. Tout a été fait pour empêcher la dissémination des germes. Des crachoirs hygiéniques ont été placés partout, à terre, contre les murs, dans le réfectoire et jusque dans la cour où on en a placé devant chaque banc. Dans les dortoirs, nous avons adopté, comme crachoir individuel, le simple vase de nuit émaillé qui a ce grand avantage d'être stable et de présenter une grande surface, ce qui permet au malade couché d'expectorer facilement dans son crachoir situé à terre. Comme liquide antiseptique, nous employons le *lysol* à 2 p. 100 qui, ainsi que l'a écrit M. le professeur Calmette « *présente certains avantages précieux. Composé de* « *crésyl, de potasse et d'oléine, sa puissance antiseptique à* « *l'égard du bacille tuberculeux est assez grande, et grâce* « *à la potasse qu'il renferme, il dissocie très bien les cra-* « *chats sans les coaguler. Son odeur est très agréable* « *comme celle du Crésyl et son prix est à peine plus élevé.* » (Société française du Lysol, 22, place Vendôme, Paris. 1 fr. 50 le kilog.). C'est cette solution de lysol à 2 p. 100 que nous mettons dans nos crachoirs et c'est elle qui nous sert au nettoyage journalier du quartier : bancs, tables, parquets, murailles, etc.

Le linge des malades, qui est du reste marqué, est descendu dans le sous-sol et plongé, avant de sortir du pavillon, dans une une solution de lysol à 2 p. 100, dans laquelle il séjourne quelques heures ; après quoi, il peut être manipulé sans danger. Il est alors rincé, puis bouilli à part pendant au moins un quart d'heure, dans une lessive contenant 1,37 p.100 de cristaux de soude et 1,15 p.100 de savon. Quant aux selles des malades, elles sont recueillies dans une solution de chlorure de chaux qui en assure suffisamment la désinfection.

Pour ce qui concerne les gardiens, les précautions ont été prises et les recommandations multipliées. Nous n'avons

jusqu'ici qu'à nous féliciter du zèle qu'ils déploient. Chacun d'entre eux est vêtu d'une longue blouse facilement désinfectée dans la solution de lysol à 2 p.100. Ils bénéficient du régime alimentaire des malades.

L'isolement que nous avons ainsi réalisé est aussi *complet* que possible ; car non seulement nos malades tuberculeux sont ainsi groupés, mais ils restent toute la journée dans le pavillon ou ses dépendances. Les travailleurs, assez nombreux du reste, s'occupent à aider les gardiens.

Les *bains* qu'ils prennent chaque semaine, ne sont pas donnés dans le quartier ; mais de ce côté encore, tout danger de contamination est écarté, un certain nombre de baignoires leur étant exclusivement réservées. Telles sont les mesures prophylactiques que nous avons prises.

Quant au *traitement* des malades, il consiste surtout dans la suralimentation. Nous ne pouvons malheureusement pas donner à nos aliénés tout ce que la suralimentation des tuberculeux exige ; mais cependant, nous avons institué un régime déjà fort satisfaisant. Nos malades font chaque jour vers trois heures, un repas supplémentaire composé de lait chaud et de pain. Ils ont de la viande à midi six jours sur sept et quatre fois, leur viande, est rôtie ou grillée. Leur repas du matin se compose de café au lait ; celui du soir, de légumes et de soupe substantielle.

Nous ne leur donnons de médicaments que lorsque ceux-ci sont indiqués par des motifs sérieux, la toux trop répétée, par exemple. Tous prennent deux fois par jour de l'huile de foie de morue et chacun en prend la dose qu'il désire. Les malades ont été *pesés* à leur entrée dans le pavillon ; ils le seront chaque mois, de sorte que nous pourrons nous rendre compte de l'amélioration qui pourra survenir.

Ce n'est pas aujourd'hui que nous pourrons parler des résultats obtenus ; nous le ferons *l'an prochain* en rendant compte de ce qu'aura été le fonctionnement de notre quartier pendant l'année écoulée. Tout au moins, pourrons-nous dire quelles sont nos espérances. Presque tous nos tuberculeux sont aujourd'hui isolés dans un pavilllon aménagé à cet effet. Peu à peu, tous ceux atteints du même mal qui ne s'y trouvent pas, y seront placés. Nous aurons ainsi réalisé cet isolement si profitable à tant de titres. D'autre part, le régime, auquel nous soumettons nos malades, nous permet

d'espérer que leur état s'améliorera. Nous nous en félicitons d'autant plus que, parmi eux, se trouvent, en plus ou moins grand nombre, des aliénés curables que nous rendrons à leurs familles, améliorés à la fois physiquement et moralement et pénétrés — à la suite du séjour dans ce quartier où elles sont mises en pratique devant eux — des notions d'hygiène et de salubrité, grâce auxquelles leur entourage sera à l'abri de la contagion. Nous aurons ainsi, dans la mesure de nos moyens, cherché à renvoyer améliorés les malades déjà atteints de tuberculose et nous aurons surtout protégé contre cette maladie ceux qui nous arrivent indemnes. Nous ne pouvions faire moins pour les déshérités qu'on nous a confiés[1].

CLINIQUE MENTALE

Contribution à l'étude de la catatonie (Catatonie et démence précoce ?) ;

PAR LE Dr AL. PARIS,
Médecin en chef de l'asile de Maréville, chargé de cours à la Faculté de médecine de Nancy.

A l'exemple de quelques confrères, je crois que la catatonie ne peut être considérée que comme caractérisant une phase d'une variété d'aliénation mentale dégénérative. La première phase, mélancolie, parfois délire paranoïaque, de la psychose dont la catatonie marquerait la seconde période apparaîtra constante, à mon avis, si l'on peut remonter à toutes les circonstances de début et, à cet égard, on est assez facilement induit en erreur, ainsi qu'en témoignent les pre-

[1] Lors de sa communication au Congrès de Bruxelles, ce travail a été l'objet des remarques suivantes de M. le docteur A. Marie : « Je rappelle les statistiques énormes du chiffre des aliénés tuberculeux et le vœu émis par lui au *Congrès international* de 1900 et propose au Congrès de le renouveler sous la forme suivante : « Que des mesures de prophylaxie méthodiques soient prises contre la tuberculose dans les asiles d'aliénés et que les aliénés reconnus tuberculeux y soient l'objet de mesures spéciales d'isolement et de traitement. Adopté. — Nous reviendrons sur cette question. (B.)

miers faits ci-dessous relatés succinctement. Quant à la dernière phase de la psychose, démence, c'est à tort, selon moi qu'on la donne comme succédant rapidement à la phase de catatonie proprement dite, toutes les observations ne justifiant pas la dénomination « démence *précoce* », comme je vais essayer de l'établir aussi.

1re Obs. — M..., célibataire, âgée de vingt-huit ans, dont la mère et la grand'mère maternelle sont mortes aliénées, toutes deux mélancoliques, entre dans mon service en mai 1903, atteinte, disent les parents qui l'accompagnent, de troubles intellectuels analogues à ceux qu'elle aurait présentés *quatre ans* auparavant et qui auraient nécessité un traitement d'un an dans un asile d'aliénés, traitement après lequel elle serait rentrée *très améliorée* dans sa famille.

Le père fait remonter les derniers troubles, qu'il considère comme une nouvelle maladie, à une quinzaine de jours seulement, et il les attribue à des contrariétés à l'occasion du mariage du frère de la malade. Depuis ce mariage, elle aurait montré des idées de culpabilité, d'indignité, elle ne parlait presque plus, elle prétendait que ses compagnes habituelles n'étaient plus aussi pieuses, qu'elle était cause de ce changement, et on la voyait assez fréquemment se promener du côté d'un puits (quatre ans auparavant elle avait fait une tentative de suicide). Je prends des renseignements à une autre source, près d'une personne qui connaît la malade et qui a l'habitude des aliénées ; alors ce n'est plus à quinze jours, comme me l'avait dit le père, que remonte le début des troubles mélancoliques, mais à une époque beaucoup plus éloignée et l'intervalle qui sépare la première hospitalisation de la seconde (quatre ans) n'est plus représenté que par une rémission ; j'apprends, en effet, que la malade a toujours montré une religiosité exagérée, des scrupules, qu'elle *dissimulait* habituellement, et depuis longtemps, des préoccupations et des idées tristes que le mariage de son frère n'a fait qu'accuser davantage ; elle pensait constamment à la situation qui lui serait faite un jour par le mariage de ce frère et la mort de son père, elle se tracassait à la pensée de se trouver seule un jour ; quelques mots échappés de temps en temps, à l'insu de son père et de son frère, et sa tristesse habituelle indiquaient suffisamment des regrets profonds d'avoir repoussé diverses propositions de mariage ou de n'avoir pas suivi son désir d'entrer au couvent. C'est donc une longue phase de mélancolie que nous rencontrons en premier lieu, phase de mélancolie qui ne fut évidemment pas sans influer fâcheusement sur l'état physique.

En *mai* 1903, à l'arrivée dans le service, nous constatons encore des idées de culpabilité, d'indignité, des traces de ses anciennes

préoccupations qu'elle cachait à son père, etc., et une vague conscience de sa situation : « elle sera la cause de la perte du monde, parce qu'elle n'a pas répondu au premier appel »... « elle aurait dû mendier »... « elle devait avoir un fils qui sauverait la France »... « Dieu lui a donné une mission »... « Mon intelligence, dit-elle, se serait développée, j'aurais pu être soignée, maintenant il n'y a plus de maisons de fous où mon père puisse me placer ». Les conceptions sont lentes, confuses; il faut répéter plusieurs fois la même question pour la faire comprendre et obtenir quelques mots qui, généralement, ne répondent nullement à la question posée ou qui répondent à une question antérieurement adressée. Elle refuse les aliments et oppose de la résistance chaque fois qu'on veut lui faire accomplir un acte, quel qu'il soit, exécuter le moindre mouvement. Peu à peu l'anxiété diminue, la malade ne comprend plus les questions les plus simples et, lorsqu'on les lui répète avec insistance, elle finit parfois par prononcer le dernier mot d'une question. Lui met-on une plume en main, l'invitant à écrire un seul mot destiné à son père, elle la tient, la regarde hébétée ; si l'on insiste, elle semble chercher à faire un effort, mais elle ne parvient pas à écrire. Elle ne refuse plus les aliments, mais elle ne les prend pas seule.

En *juillet*, nous la voyons habituellement inerte, sans anxiété, manifestement sans idée délirante, à peu près sans activité cérébrale lorsqu'on ne la presse pas de questions, le plus souvent debout, immobile, mais elle imite parfois tel ou tel mouvement d'une de ses compagnes, automatiquement en quelque sorte ; voit-elle une malade tourner sur elle-même à côté d'elle, elle en fait autant. Parfois aussi, déplacements non motivés, automatiques, stéréotypés.

En *août :* mutisme habituel, résistance non raisonnée à toutes les sollicitations, raideur générale, soit que l'on veuille la déplacer, soit que l'on veuille lui faire prendre ses repas ; parfois encore, déplacements automatiques stéréotypés. Un jour de rémission, au commencement du mois, de semi-lucidité, peut écrire à son père une lettre affectueuse, assez raisonnable, dans laquelle on ne trouve pas trace d'idée délirante, mais elle déclare ne rien comprendre à son état habituel. Le lendemain cet état habituel a reparu. Puis commence à s'écorcher le front, le nez et les joues avec les ongles. De temps en temps, quelques moments de verbigération incompréhensible, ou plutôt de chuchotement incohérent, etc.

La catatonie n'arrive, en somme, dans ce cas, qu'un certain temps après le retour des troubles intellectuels, après une longue période de préoccupations, d'idées tristes, et

après un état intermédiaire de confusion mentale. (Si l'on ajoutait foi aux renseignements donnés par le père, auquel la malade cachait le plus possible ses préoccupations premières, la catatonie semblerait exister presque dès le début.

2e Obs. — G. M..., célibataire, couturière, âgée de vingt-neuf ans, nièce d'un aliéné, ayant eu elle-même des attaques classiques d'hystérie dans sa jeunesse, arrive dans le service en mai 1903, malade depuis quatre mois. Les troubles intellectuels ont éclaté à la suite d'une frayeur vive éprouvée à une époque menstruelle : son oncle aliéné s'était introduit nuitamment dans sa chambre et l'avait éveillée brusquement en la tirant par les pieds. Les règles cessent de couler, des troubles mélancoliques apparaissent presque aussitôt ; idées de culpabilité, d'indignité, de suicide ; elle se croit à la charge de tout le monde, ne se nourrit plus régulièrement, entend dire qu'elle n'a pas été bonne pour ses parents, qu'elle sera cause de malheurs, etc., et bientôt elle fait une tentative de suicide qui détermine le placement dans une maison de santé où elle passe trois mois. Elle arrive à Maréville quatre mois après l'apparition des premiers troubles intellectuels ; nous constatons alors de la dépression générale, ses réponses sont le plus souvent vagues, indécises, « je ne sais pas » ou « je ne me rappelle pas », elle ne fait aucun effort, aucun appel à sa mémoire lorsqu'on ne répète pas une question avec insistance. On trouve cependant encore des traces de scrupules, d'hallucinations accusatrices de l'ouïe, du dégoût de la vie ; elle reconnaît avoir fait une tentative de suicide par strangulation et dit encore regretter de n'avoir pas réussi à se donner la mort ; elle ne s'alimente pas volontiers. On lui met un ouvrage de couture en mains, elle s'occupe nonchalamment, automatiquement, mais cherchant toujours à s'isoler. Pendant près d'un an elle restera habituellement déprimée, bientôt sans tristesse, sans activité cérébrale, se tenant *par habitude* le plus possible à l'écart, ne parlant à personne, ne répondant que par un « oui » ou « non » aux questions les plus pressantes, tournant le dos lorsqu'on l'interroge avec trop d'insistance, opposant de la résistance non motivée lorsqu'on veut la déplacer, la faire passer par exemple d'une pièce dans une autre, mais s'occupant toujours assez régulièrement, à des *ouvrages de couture seulement* (ancienne couturière, elle travaille automatiquement en quelque sorte, par entraînement ancien, suivant la remarque de M. Claus [1]).

Fin *mai* 1903, c'est-à-dire environ seize mois après le début de la maladie, nous observons de temps en temps des rires purement automatiques, la malade répond un peu aux questions pressantes.

[1] Catatonie et Stupeur. Rapport au *Congrès de psychiatrie et neurologie*, Bruxelles, 1903.

avec indifférence toutefois, ne montrant même pas la moindre émotion lorsqu'on lui parle de sa famille, lorsqu'on lui propose de rentrer dans sa famille, de faire venir ses parents, etc.

En *juin* et *juillet* les rires automatiques sont assez fréquents, la malade continue à s'occuper automatiquement, elle ne parle que lorsqu'on l'interroge, ses facultés sont manifestement affaiblies.

Ici encore nous trouvons de l'hérédité comme cause prédisposante (et de l'hystérie), une cause émotionnelle déterminante, une phase de délire mélancolique, une période transitoire de confusion mentale, une phase de catatonie, à laquelle succède l'affaiblissement intellectuel tendant à la démence.

3e Obs. — M..., célibataire, domestique, âgée de vingt ans, entre fin novembre 1902 à l'asile de Maréville. Fille d'une nerveuse (probablement aliénée), nièce d'une aliénée, elle passe, en octobre 1902, quelque temps à soigner jour et nuit une parente malade. Puis elle reprend son service habituel, mais son état général est altéré par suite des fatigues qu'elle vient d'éprouver, elle est anémiée, l'époque à laquelle elle attendait ses règles est passée sans écoulement de menstrues ; elle est inquiète, elle craint une grossesse, elle perd l'appétit et le sommeil. Elle fait un jour part de ses craintes à sa maîtresse qui la congédie ; elle rentre dans sa famille où ses préoccupations vont sans cesse croissant, sa santé physique s'altérant de plus en plus. On la place dans le service en faisant remonter le début de la maladie à une quinzaine de jours seulement, à l'époque où elle quitte son emploi. Nous remarquons des idées de culpabilité, d'indignité, des craintes imaginaires qu'elle exprime dans un langage absolument confus, de l'instabilité, une tendance à se déplacer sans cesse (analogue à celle que présentent les personnes en proie à un ennui et qui ne se trouvent bien nulle part) ; elle montre une très grande inquiétude, une vive anxiété lorsqu'on lui adresse la parole et notamment lorsqu'on fait allusion à son aménorrhée. Amaigrissement. Bien que nous affirmions à la malade, à maintes reprises, qu'elle n'est pas enceinte, l'affection continue à évoluer progressivement, les idées délirantes deviennent de plus en plus imprécises, elle refuse les aliments sans pouvoir donner le moindre motif à ce refus ; à la confusion mentale succède bientôt l'inactivité cérébrale, la malade ne peut plus donner la moindre réponse aux questions les plus simples, mais on observe de temps en temps des impulsions violentes soudaines (bris de vitres, violences sur personnes) ou de fous rires, ou de l'ambulomanie, etc.

Après un alitement de plusieurs mois (avec quelques interrup-

tions) et une amélioration de l'état physique, l'activité cérébrale reparait peu à peu, les troubles automatiques (crises de rire surtout) s'espacent de plus en plus, finissent par disparaître, etc... : M... peut rentrer dans sa famille. Il ne lui restait, quand elle quitté le service, qu'un peu d'amnésie relative au début de sa maladie et une certaine mobilité puérile des idées qui trahissait évidemment encore la prédisposition héréditaire grave que nous avons signalée.

Nous trouvons, en somme, dans ce cas : 1° les causes habituelles de la mélancolie (hérédité, altération de la santé physique, cause émotionnelle) ; 2° de la mélancolie ; 3° de la confusion mentale ; 4° de la catatonie ; 5° une rémission, sinon la guérison (?)

4e Obs. — M. A..., domestique, célibataire, âgée de trente-trois ans, entre dans le service en juin 1902. Bonne instruction primaire. Fille d'un alcoolique violent et brutal. Forte constitution, haute taille, mais quelques stigmates physiques de dégénérescence. Depuis la mort, par tuberculose pulmonaire, d'un frère qu'elle a soigné, elle se figure qu'elle a contracté cette maladie au chevet de ce frère et qu'elle finira comme lui. Cette idée prend peu à peu une très grande consistance dans son esprit, elle va consulter un grand nombre de médecins, de somnambules, dépense ainsi la plus grande partie de ses gages, est habituellement triste, en proie à cette préoccupation fixe, ne s'alimente plus régulièrement, etc. Elle passe ainsi *près de deux ans*, constamment préoccupée, tracassée, *mais restant cependant en service*, comme domestique. Vers la fin de la seconde année, sa sœur, placée dans la même localité, et quelques amies, remarquent que son caractère se modifie encore, qu'elle devient instable, tantôt peu communicative, déprimée, tantôt très rieuse, enfantine. Le plus habituellement cependant encore dominée par cette crainte de tuberculose, elle entre dans un hôpital, mais, à peine admise, elle a un accès d'agitation, se dit possédée du diable, refuse les aliments, trouble le repos des malades, et, trouvant une fenêtre ouverte, se précipite d'un premier étage. Dans un précédent moment d'agitation, elle avait, sans le moindre motif, jeté sa sœur du haut en bas d'un escalier assez élevé.

Elle nous arrive le 20 *juin* 1902, maigre, pâle, les muqueuses décolorées, les extrémités froides, la langue suburrale, l'haleine fétide, le ventre ballonné. L'auscultation ne révèle pas de signes certains de tuberculose. Les idées sont extrêmement confuses, elle a une très grande difficulté à évoquer un souvenir, reste ahurie lorsqu'on la presse de questions, parle parfois seule, mais son

verbiage est confus comme si elle cherchait à suivre un rêve. De temps en temps, immobilité absolue avec fixité du regard sans battements de paupières. puis, brusquement, arrivant automatiquement, rires, pleurs, ou cris. Parfois encore des traces de ses anciennes préoccupations, de ses craintes de tuberculose, de mort, sont accusées par des crises de craintivité, de phobies, à début subit, succédant même brusquement aux crises de rire; elle demande qu'on ne lui coupe pas la tête, que l'on n'appelle pas le diable, puis elle réclame la mort, etc... Elle semble parfois aussi avoir une lueur de conscience de sa situation : « Je suis toquée, s'écrie-t-elle, j'ai la tête si bête que je ne comprends plus rien. »

Dans la nuit du 22 *au* 23 *juin* : impulsion subite, quitte brusquement son lit, se jette sur une fenêtre, brise les vitres; le matin, confusion extrême.

25 *juin* : Semble incapable de comprendre la moindre question, ne parle pas, ne mange pas seule.

2 *juillet* : Répond à quelques questions simples, mais réponses très tardives, confuses. Aucun souvenir de ses impulsions violentes.

Puis l'état mental semble s'améliorer, et, *le* 6 *juillet* 1902, on pouvait presque la considérer comme convalescente. Deux jours après : excitation à début soudain, chants,cris, rires automatiques, se succédant par accès, résistance à toutes les sollicitations, impulsions violentes automatiques. Depuis ce moment : tantôt calme, ne pensant à rien, incapable de donner la moindre réponse un peu sensée, parfois absolument immobile, le regard vague et fixe, tantôt agitation, à début soudain, stéréotypée, avec verbigération absurde, absolument stéréotypée aussi, tous troubles ayant un cachet bien caractéristique d'automatisme. Tendance manifeste à la démence.

Chez cette malade, nous avons, en somme, comme chez les autres : hérédité, cause émotionnelle et altération de la santé physique, — phase de préoccupation, d'idées tristes, — période de transition avec confusion mentale, — et, enfin, phase de catatonie qui aboutit peu à peu à la démence. La phase de préoccupations, de mélancolie, a été particulièrement longue.

Nombreux sont les exemples analogues montrant cette évolution assez bien caractérisée par ses grandes phases, par leur succession, leur symptomatologie générale, sinon par leur durée. Nous voyons chez toutes nos malades de l'hérédité, chez la plupart des causes émotionnelles suivies d'altération de la santé physique; des idées tristes ou du

délire mélancolique ne tardent pas à apparaître, accroissant l'action fâcheuse sur la santé physique des causes qui les ont déterminés, contribuant ainsi à créer, comme l'a dit M. Régis, des condition favorables d'intoxication ou d'auto-intoxication. Alors, résultant de l'activité délirante, de la fatigue cérébrale occasionnée par des préoccupations continues, de l'irrégularité de l'alimentation, de l'auto-intoxication, se produit de la confusion mentale qui, s'accentuant progressivement, efface en quelque sorte progressivement les troubles primitifs. A cette période intermédiaire de confusion mentale succède la suspension de l'activité cérébrale, la phase catatonique, qui durera plus ou moins longtemps, accompagnée de phénomènes d'automatisme présentant des caractères d'impulsions, et, au bout d'un certain temps, parfois après quelques rémittences plus ou moins longues, comme il arrive dans la paralysie générale progressive, la démence s'affirme. J'ai voulu montrer d'abord par les exemples précédents qu'il y a bien réellement une phase de mélancolie, souvent insidieuse et longue avant la phase de la catatonie, que cette phase de mélancolie doit être cherchée parfois avec un soin particulier, car elle peut, *en partie au moins*, échapper à l'entourage familial des malades et c'est ainsi qu'un certain nombre d'aliénistes font débuter la psychose dégénérative qui nous occupe par la catatonie, et ne lui donnent alors que deux phases : catatonie et démence.

Mais, si l'apparition de symptômes catatoniques bien caractérisés après une première phase de mélancolie doit faire entrevoir, en général, comme assez proche, la phase ultime de la psychose dégénérative, il est cependant des cas où la *démence* n'apparaît que *très tardivement* et ils justifieraient, il me semble, la substitution de l'appellation *psychose catatonique dégénérative* à celle de démence *précoce* pour désigner cette variété d'aliénation mentale par dégénérescence. Ces cas ne sont peut-être pas aussi rares qu'on le croit généralement et il me semble utile d'appeler l'attention sur eux, d'en solliciter la publication ; c'est le principal but de cette note. On peut en voir un dans la première observation que j'ai donnée plus haut, mais celle que je vais relater est beaucoup plus significative. Même très rares, ils attesteraient suffisamment encore que la démence n'est pas fatalement précoce dans la psychose catatonique dégénérative et

ils prescriraient quelque réserve sinon quant à la gravité du pronostic, au moins quant à la formule de ce pronostic, quant à l'appréciation de la durée probable de la période prædémentielle. Voici un fait qui me paraît assez intéressant à cet égard et à d'autres titres : Il s'agit d'une femme mariée, mère de cinq enfants, aujourd'hui âgée de cinquante ans, qui a été séquestrée ou hospitalisée deux fois, à plus de dix ans d'intervalle, pour les mêmes troubles (catatoniques), entrée dans mon service fin septembre 1899, qui n'est pas encore démente et que l'on peut pour ainsi dire à volonté mettre en état catatonique ; ce n'est pas une hystérique. Voici, du reste, son observation résumée :

Originaire d'un pays où l'alcoolisme est extrêmement répandu, vivant au milieu d'alcoolisés, il est probable qu'elle comptait quelques alcoolisés dans son ascendance ; je n'ai aucun renseignement précis à cet égard. Née en 1853, elle n'a jamais eu de maladies physiques, n'a rien présenté d'anormal jusqu'à l'âge de vingt ans, époque de son mariage. Mais, peu à peu, à partir de cette époque, elle prit des habitudes religieuses exagérées et en arriva à fréquenter plusieurs fois par jour l'église de son village. Elle a toujours eu cependant un caractère un peu sombre ; peu communicative et portée à l'isolement, elle ne partageait avec personne des siens ses chagrins intimes, qui ont été parfois assez intenses car son mari buvait. Elle eut cinq enfants ; ses grossesses furent toutes *normales*, normales aussi les suites de couches. L'aîné de ses enfants eut des convulsions infantiles. Vers l'âge de trente-cinq ans elle eut, nous dit-elle aujourd'hui, sa première maladie, et fit un séjour de quelques semaines à l'hôpital d'E... (Renseignements confirmés). Elle était alors inerte, ne parlait pas, ne mangeait pas, ne s'intéressait à rien, à personne, n'était sous l'influence d'aucune idée délirante, d'aucune hallucination, n'avait pas d'idées de suicide et ne s'explique pas, ajoute-t-elle, pourquoi elle ne parlait pas et ne mangeait pas ; il lui semble même qu'elle ne pensait pas. — Elle guérit à l'hôpital (?), rentre dans son ménage, est bientôt enceinte ; *sa grossesse* (la cinquième) *suit normalement son cours, l'accouchement et les suites se passent très bien sans retour de troubles mentaux*.

En 1899 seulement réapparaissent les troubles qui ont motivé la première hospitalisation : altération de la santé physique, amaigrissement, misère physiologique ; inertie complète, mutisme absolu, indifférence absolue, quelles que soient les questions et l'insistance avec laquelle on les adresse ; station assise ou debout prolongée jusqu'à ce qu'on la déplace ; facies absolument inerte, parfois léger sourire non motivé, regard fixe, sans expression ;

se tient immobile au milieu de malades bruyantes, sans manifester jamais la moindre émotion, se laisserait renverser si l'on ne veillait sur elle; doit être habillée, déshabillée, ne prend spontanément aucun aliment; nourrie plusieurs fois à l'aide de la sonde œsophagienne. Lorsque la surveillante la presse de questions, elle fait un signe de tête affirmatif ou négatif. Malgré cet état n'est pas gâteuse. Ainsi nous la voyons pendant les premières semaines qu'elle passe dans le service.

En *décembre* 1899, elle mange seule dans un coin, à la condition que l'on place ses aliments devant elle et qu'on l'invite à les prendre. Elle répond parfois quelques mots aux infirmières, mais reste toujours absolument muette en face des médecins ou des religieuses. Son attitude habituelle indique suffisamment qu'elle n'est sous l'influence d'aucune idée délirante, d'aucune hallucination, qu'elle n'éprouve aucune émotion, qu'il n'y a généralement chez elle aucune activité cérébrale. Elle reste toujours la même lorsque nous l'interrogeons, quelles que soient nos questions, même lorsque nous cherchons à réveiller quelque sentiment affectif; parfois éclate un rire automatique, absolument sans motif, de courte durée et qui se termine brusquement comme il est arrivé. Elle reste ainsi pendant un an.

En *décembre* 1900 une rémission commence, elle parle parfois spontanément, écrit à sa famille, mais elle n'a pas la moindre conscience de son état, ne s'explique pas sa présence dans le service, ne croit pas avoir été inerte, avoir refusé les aliments, etc...; elle s'occupe automatiquement, sans intérêt, sans jamais observer ce qui se passe autour d'elle. En 1901, 1902 *et* 1903 : elle s'occupe assez régulièrement, mais toujours automatiquement en quelque sorte, ne montrant que rarement un peu d'initiative, elle mange seule, à la condition toutefois d'être invitée à le faire; elle finit par prendre ses repas par entraînement en quelque sorte, automatiquement, comme elle travaille; elle ne parle presque jamais spontanément mais elle répond, laconiquement, à toutes les personnes qui lui adressent la parole, sauf à la religieuse surveillante de son quartier. Je reviendrai plus loin sur ce fait particulier. Nous observons de loin en loin encore des périodes de mutisme, d'inertie cérébrale, avec sourires automatiques, absolument sans motif. Je l'ai interrogée maintes fois sur les troubles qu'elle a présentés si longtemps, qu'elle présente encore de temps en temps : « Je ne sais pas, je n'en sais rien, » répond-elle à toutes les questions relatives aux causes de son mutisme, de son inertie, de son refus des aliments. Voici, du reste, un exemple :

Quel âge avez-vous ? — Cinquante ans le 13 juillet (exact). — *En quelle année êtes-vous venue dans le service ?* — Il y a quatre ans, en 1899 (exact). — *Pourquoi vous a-t-on placée ici ?* — Je ne sais

pas. — *Même question, répétée avec insistance ?* — Je ne sais pas, je ne peux pas dire. — *Avez-vous été malade ?* — Non, M... — *Jamais ?* — Je n'ai jamais eu de grosses maladies. — *Pourquoi ne parliez-vous pas ?* — Je n'en sais rien. — *Pourquoi ne mangiez-vous pas ?* — Je n'en sais rien. — *Pourquoi refusiez-vous tous les aliments ?* — Je n'en sais déjà rien, *probablement* parce que je n'avais pas faim. — *Même question avec insistance particulière ?* — Je ne sais pas du tout, je n'avais *probablement* pas d'appétit, pourquoi n'aurais-je pas mangé autrement ? — *A quoi pensiez-vous alors ?* — Je n'en sais rien. — *Pensiez-vous à vos enfants ?* — Non, je ne crois pas. — *A votre mari ?* — Ma foi non. — *Mais cependant, vous savez bien que l'on pense toujours à quelque chose ?* — Je ne sais pas à quoi je pouvais penser, mais je ne pouvais rien faire. — *Pourquoi ?* — Je ne sais pas du tout. (Aucune réticence dans ses réponses, aucune trace de dissimulation.) — *Pourquoi vous a-t-on placée une première fois à l'hôpital, il y a une dizaine d'années ?* — Je ne sais pas, probablement parce que je ne mangeais déjà pas et que je ne parlais pas.

Elle a bien peu de spontanéité, elle me parle maintenant assez volontiers lorsque je la questionne, mais il suffit que je l'interroge en face d'étrangers ou que je lui fasse adresser quelque question par la religieuse surveillante de son quartier pour la plonger immédiatement dans une stupeur catatonique complète. Lorsque je cherche, quelques instants après, les causes de ce mutisme, de cette inertie soudaine, elle m'affirme qu'elle ne sait pas pourquoi elle s'est trouvée ainsi dans l'impossibilité de répondre, qu'elle ne comprend rien à cela, qu'elle n'a jamais pu parler à cette surveillante avec laquelle elle vit depuis quatre ans, dont elle n'a jamais eu à se plaindre, qui a toujours été bonne pour elle. Il m'est arrivé maintes fois de mettre cette malade en stupeur catatonique en faisant intervenir cette religieuse dans un interrogatoire [1].

La diminution de l'activité cérébrale dans les intervalles de moments de stupeur catatonique est bien manifeste, mais la malade ne touche pas encore à la démence.

Cette femme est bien évidemment atteinte de psychose catatonique dégénérative, comme les précédentes, mais à

[1] La facilité avec laquelle se produit maintenant la suspension de l'activité cérébrale s'explique assez facilement, en somme, et par la diminution habituelle de l'activité cérébrale et par la durée et la fréquence des crises de stupeur catatonique observées dans les premiers temps de son séjour à Maréville. Le cerveau de cette femme est devenu un *locus minoris resistentiæ*. tel que la moindre action inhibitrice se traduit par un effet intense. la plus légère surprise, le moindre heurt amène une suspension totale de l'activité cérébrale.

évolution particulièrement lente, entrecoupée de nombreuses rémissions de durée variable. Son observation atteste qu'une phase de chronicité très longue peut précéder la démence.

Il ne me semble donc pas rationnel de dire que la catatonie est un syndrome qui appartient à l'histoire de la démence précoce ou de qualifier *précoce* la démence qui succède à la catatonie dans l'évolution de la psychose dégénérative dont je viens de rapporter quelques exemples et qu'il me semblerait assez logique de distinguer simplement par la dénomination de *psychose catatonique dégénérative*, qui tient compte des principales étapes de la maladie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Fréquence et évolution des lésions du fond de l'œil dans la paralysie générale.

ÉTUDE CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE [1]

PAR LES DOCTEURS

G. RAVIART, Médecin adjoint — ET — P. CAUDRON, Interne

de l'Asile d'Armentières.

Dans des travaux antérieurs : Thèse de Lille 1902, Mémoires des Archives de Neurologie, janvier et août 1903, publiés en collaboration avec M. le Dr Kéraval, nous avons étudié les lésions du fond de l'œil dans la paralysie générale et montré leur fréquence.

Le travail que nous publions aujourd'hui, nous a paru être le complément nécessaire des précédents.

Nous avons pensé en effet, qu'il y aurait intérêt à suivre l'evolution des lésions du fond de l'œil observées un an auparavant et nous avons réexaminé en juin 1903 les survivants de la série examinée en 1902.

[1] Communication au *Congrès* de Bruxelles.

Nous avons cru également devoir examiner le fond de l'œil chez une nouvelle série de malades. La grande fréquence des lésions observées antérieurement pouvait être le fait d'un simple hasard ; les observations nouvelles que nous apportons aujourd'hui montrent qu'il n'en était rien et que les lésions du fond de l'œil sont des plus fréquentes chez les paralytiques généraux.

Sur les cinquante et un malades examinés il y a un an, il en restait vingt-trois, tous paralytiques généraux à la deuxième ou à la troisième période. Le fond de l'œil de chacun d'eux a été examiné avec soin, et le résultat de ce nouvel examen comparé à celui du premier. Nous avons alors pu constater que d'une façon générale, les lésions du fond de l'œil avaient évolué parallèlement aux lésions du cerveau. s'aggravant lorsque celles-ci progressaient ne se modifiant pas au contraire dans les cas où la paralysie générale n'avait fait aucun progrès.

Le détail de ces vingt-trois examens serait fastidieux ; nous nous bornerons à rapporter quelques observations de façon à caractériser chaque espèce.

A la suite de quelques ictus congestifs, le malade C... est passé de la seconde à la troisième période de la paralysie générale; parallèlement sa papille droite blanchâtre il y a un an est maintenant blanche et étalée, sa papille gauche alors normale est actuellement blanchâtre.

Le malade B... paralytique à la seconde période ne présentait lors du premier examen aucune lésion du fond de l'œil ; sorti en rémission, il y a six mois, il vient de rentrer à l'asile affaibli, gâteux, l'examen ophthalmoscopique montre que ses papilles sont maintenant blanchâtres.

La paralysie générale a évolué lentement chez H... : pareillement les papilles qui étaient symétriquement décolorées en dehors, le sont actuellement sur toute leur étendue.

G... a peu changé depuis un an, ses papilles sont un peu plus blanchâtres, leurs vaisseaux se sont amincis.

Enfin L... dont la paralysie générale n'a pas évolué présente toujours le même état flou des papilles. Six autres malades chez lesquels la paralysie générale n'a fait aucun progrès, ne présentent pas non plus de modification appréciable du côté du fond de l'œil.

D'ordinaire, les lésions du fond de l'œil sont d'autant plus marquées que les paralytiques ont atteint une période plus avancée de leur maladie, c'est ainsi que la plupart d'entre eux, lorsqu'ils sont alités et gâteux, présentent au moins de la blancheur de la papille. Toutefois, il existe des exceptions, et nous avons vu l'atrophie

papillaire se produire dans deux cas alors que les malades avaient à peine atteint la seconde période de la paralysie générale.

Le résultat de l'*examen ophthalmoscopique* de notre nouvelle série, qui comprend quarante-quatre paralytiques généraux, est le suivant : nous avons trouvé :

Une fois l'*atrophie papillaire blanche* bilatérale ;

Dix fois de la *blancheur* des deux papilles ;

Deux fois une papille *blanchâtre* du côté droit; l'œil gauche étant normal chez un des malades tandis que la papille gauche du second était floue surtout dans le segment nasal ;

Quatre malades présentaient une papille *blanc grisâtre* ;

Les papilles de cinq autres avaient l'aspect *lavé*, les vaisseaux étaient sinueux, un malade avait la papille droite *lavée* tandis que la gauche était normale ;

Onze malades présentaient l'état *flou* des deux papilles, la droite seule était atteinte chez quatre autres, la gauche seule dans un autre cas ;

Enfin six malades seulement avaient leur fond d'œil normal.

Trente-huit malades sur quarante-quatre présentaient donc des lésions du fond de l'œil ce qui fait 73,33 p. 100 d'altérations. La plupart de ces malades sont des paralytiques généraux déjà arrivés au moins à la seconde période de leur affection.

L'*acuité visuelle*, difficile du reste à apprécier, paraît fort peu diminuée chez la plupart de ces malades, et lorsque leurs papilles sont floues et même blanchâtres, ils peuvent encore distinguer les caractères fins.

Rapporter les lésions que nous avons observées à un *facteur étiologique* déterminé ne nous a point paru possible ; car si 80,6 p. 100 de nos malades étaient alcooliques, le reste ne l'était pas et présentait néanmoins des lésions; d'autre part 20,9 p. 100 étaient syphilitiques quatre d'entre eux ne présentant dans leurs antécédents que la syphilis seule.

Les lésions papillaires constatées à l'ophthalmoscope sont également distinctes à l'*autopsie*, et on différencie fort bien la papille floue de la papille décolorée, mieux encore de la papille présentant de l'atrophie blanche.

Nous avons pu dans cinq cas pratiquer l'*examen histologique*, et, comme il s'agissait de paralytiques généraux présentant des lésions oculaires à tous les degrés, nous avons pu suivre en quelque sorte les différentes altérations que subissent la rétine, la papille et le nerf optique.

La *rétine* présente des altérations diffuses plus ou moins marquées, caractérisées par la prolifération des éléments conjonctifs et névrogliques et par celle des fibres radiées; les cellules ganglionnaires diversement lésées disparaissent dans les cas les plus avancés.

Ces lésions de rétinite diffuse peuvent être parfois accompagnées de celles de la rétinite séreuse, on observe alors la dégénérescence cystoïde si bien décrite par Iwanoff.

La *papille* est infiltrée par des éléments conjonctifs et névrogliques dont le nombre varie avec le degré de la lésion ; quand elle présente l'aspect flou, on trouve les faisceaux de fibres nerveuses à peu près intacts simplement séparés les uns des autres par des cellules néoformées, celles-ci se rencontrant surtout près de la membrane limitante interne et au pourtour des vaisseaux. Quand les lésions sont plus avancées, les cellules conjonctives et névrogliques, sont alors tellement abondantes que les fibres nerveuses ne sont plus visibles. — Le *nerf optique* présente les mêmes altérations que la papille. — Ce sont là en somme des lésions diffuses analogues à celles que l'on rencontre dans le cerveau.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XVI. Expériences relatives à la voltaisation, par ZANIETOWSKI (*Neurolog. Centralbl.*, XXI, 1902).

L'auteur conseille au praticien d'utiliser pour l'électrodiagnostic les décharges des condensateurs. Cette décharge est commode en ce qu'elle produit une contraction pure, dénuée de douleur et d'action électrolytique. Elle dure peu et, par suite, est incapable de produire d'effets électrotoniques et électrolytiques. Sa brièveté empêche toute modification de la résistance au courant. C'est probablement grâce à cela que j'ai pu, ajoute M. Zaniétosky, noter très exactement la moindre exacerbation, l'état latent momentané des phénomènes morbides, l'instant de l'évolution progressive ou régressive des accidents. P. KERAVAL.

XVII. Y a-t-il des voies centrifuges qui vont de la couche optique à la moelle ? par A. WALLENBERG (*Neurolog. Centralbl.*, XX, 1901).

Les recherches en cours de l'auteur lui permettent d'affirmer ce qui suit :

1° Les zones spinales de la couche optique, contiguës en dehors et en avant à la commissure de l'habénule, envoient de puissantes fibres saggitales destinées aux régions inférieures du névraxe. Au niveau de l'extrémité antérieure du cerveau moyen, elles décrivent

une courbe transversale, constituent un faisceau de rayons ayant pour centre les confins de la substance grise centrale du canal encéphalomédullaire, envoient quelques-unes des leurs au faisceau longitudinal postérieur ainsi qu'aux noyaux de l'oculomoteur commun, s'entrecroisent en avant de ces derniers, puis, continuant leur chemin jusqu'au cordon antérieur et à la corne antérieure de la moelle, elles se comportent exactement, dans cette dernière partie de leur trajet, comme les fibres des tubercules quadrijumeaux au cordon antérieur qui viennent de l'entrecroisement de la calotte de Meynert. Telle est l'origine thalamique de la substance blanche profonde qui va au cordon antérieur, ou *voie thalamique du cordon antérieur* de Boyce et Bechterew.

2° Quelques fibres transverses de moyen volume s'entrecroisent en arrière des tubercules mamillaires et en avant du noyau rouge de Stilling : elles se collent, à l'intérieur du cerveau moyen, au faisceau de Monakow issu de l'entrecroisement antérieur de la calotte de Forel, et arrivent avec ce faisceau au cordon latéral de la moelle. C'est l'origine thalamique du faisceau de Monakow, ou *voie thalamique du cordon latéral* de Boyce et Bechterew.

P. Keraval.

XVIII. **Contribution à l'étude de l'origine du territoire sacré postéro-médian**, par G. Bikeles (*Neurolog. Centralbl.*, XX, 1901).

D'où viennent les fibres qui, dans les segments inférieurs de la moelle, longent la cloison postérieure, et subissent la dégénérescence descendante. Proviennent-elles des cellules de la substance grise ?

Voici un fait de tabès dorsal dans lequel les dégénérescences tabétiques, extrêmement accusées, portaient sur toute la moelle, sacrée, lombaire, dorsale, et même sur les racines postérieures de la partie supérieure de la moelle cervicale depuis la 5e paire en montant. La coloration Weigert et Pal montre que seules les zones d'entrée radiculaires sont dans la moelle cervicale inférieure assez bien conservées : à ce niveau on voit de puissants faisceaux arqués pénétrer du cordon postérieur dans la corne postérieure. Par contre, il y a dégénérescence absolue, générale, des zones d'entrée radiculaires de la moelle sacrée et de la moelle lombaire : dans la moelle dorsale, ces zones sont complètement ou presque entièrement dégénérées. A partir de la moelle sacrée jusqu'au niveau de la moelle cervicale, absence partout des fibres arquées de la corne postérieure. Et, malgré cela, tout le territoire médian de la moelle sacrée est tout aussi bien coloré que dans une moelle tout à fait normale. Donc, ce territoire, de même que le territoire antérieur du cordon postérieur, a une origine surtout endogène.

P. Keraval.

XIX. Contribution à la connaissance de l'organe de l'odorat dans un cas d hémicéphalie chez l'homme, par L. de MOURALT (*Neurolog. Centralbl.*, XX. 1901).

Il s'agit d'un fœtus du sexe masculin, ayant crié, avalé, produit des mouvements musculaires et réflexes normaux. Région faciale du crâne et nez bien conformés. Le bulbe rudimentaire portait tous les nerfs crâniens habituels avec leurs noyaux jusqu'au trijumeau. Le pathétique n'était représenté que par ses noyaux : aucune trace de l'oculomoteur commun. Les hémisphères cérébraux, le cerveau moyen et le segment antérieur du cerveau intermédiaire sont remplacés par des kystes et des hémorrhagies, entourés de tissu conjonctif et de placards de trabécules névrogliques contenant des neuroblastes et des cellules indifférentes disposés en tas. Nulle trace de bulbe olfactif, de bandelette olfactive, de corne d'Ammon, etc.

La région olfactive du nez est cependant pourvue d'une muqueuse qui présente la structure de la muqueuse olfactive d'un sujet de cet âge (figure). Elle est simplement un peu moins étendue en surface. La couche cuticulaire, bien dessinée, a subi les altérations propres à la macération. La zone des noyaux ovales est très nette : ceux-ci sont un peu plus massifs que d'ordinaire. Celle des noyaux ronds n'offre pas d'anomalies ; en arrivant au tissu conjonctif, elle est arrêtée par une couche de noyaux couchés ovoïdes. On ne voit nulle fibre nerveuse. Cet arrêt de développement cérébral est antérieur au 5e mois de la vie intra-utérine (His). L'existence de la muqueuse olfactive du nez prouve que le développement des organes sensoriels de la peau est indépendant de celui du système nerveux correspondant. P. KERAVAL.

XX. L'examen, à l'aide des rayons de Rœntgen, des troubles trophiques du tabès et de la syringomyélie, par R. KIENBOECK (*Neurolog. Centralbl.*, XX, 1901).

Ces rayons montrent, dans les *arthropathies typiques*, dépourvues d'inflammation suppurative accidentelle, du tabès et de la syringomyélie : que l'articulation est luxée par déformation et fracturée ; que les extrémités articulaires sont usées par le frottement, qu'elles ont proliféré ; que l'appareil ligamenteux est ossifié, ainsi que les tendons et les muscles autour de l'articulation ; enfin que les trabécules osseuses sont éburnées, raréfiées, dissociées. Ils montrent le détail des *altérations des os* dans les *inflammations suppurées* et *abcès* qui passent généralement inaperçus chez les syringomyéliques à cause de leur indolence, durent longtemps et aboutissent à des destructions profondes.

A ce propos, l'auteur proclame que tout processus suppuratif

inflammatoire grave, celui du panaris par exemple, peut à lui seul déterminer une *décalcification passagère des os*. Dans l'ostéite, les sels de chaux peuvent presque totalement disparaître du cartilage osseux, passagèrement.

Les *fractures spontanées* du tabès et de la syringomyélie tiennent à une friabilité anormale des os longs due principalement à une disposition anormale des trabécules osseuses (structure pathologique), et à des altérations de la substance fondamentale organique.

On voit également par les rayons Rœntgen les lésions prévues du squelette dans les *scolioses* et *difformités thoraciques* de la syringomyélie. L'augmentation de volume des mains et des pieds, dans cette maladie, tient finalement, au moins pour une petite part, à l'augmentation de volume, avec modification de forme, des os; l'hyperémie passive y joue un grand rôle, comme dans les doigts en baguettes de tambours de la cyanose cardiaque.

P. Keraval.

XXI. **Nouveau procédé d'imprégnation à l'argent, pour colorer les cylindraxes**; par J. Fajersztajn (*Neurolog. Centralbl.*, XX, 1901).

Ce procédé, applicable aux pièces durcies à la formaline ou à l'acide chromique, à quelque moment qu'ait été pratiquée l'autopsie, convient aussi aux tissus frais et à l'embryologie. Les coupes seront effectuées au microtome à congélation, mais celle-ci sera modérée pour les pièces durcies à l'acide chromique qu'on laissera dégeler avant de les transporter dans l'eau. Les coupes, reçues dans l'eau distillée, seront lavées largement (pièces formiques), ou superficiellement (pièces chromiques).

On prépare un bain d'azotate d'argent ammoniacal (formule : $Ag\,Az\,O^3 + 2AzH^3$), qui ne sent plus du tout l'ammoniaque, dans lequel celle-ci fait corps avec le sel d'argent. On a, d'autre part, à sa disposition des solutions d'ammoniaque à 10 et à 1 p. 100, une solution d'hydroxyde de sodium à 0,3 p. 100, une solution d'eau de baryte à 10 p. 100. On remplit quatre verres de montre : *a*. du bain d'argent ; *b*. du bain d'argent additionné de 1 à 2 gouttes de solution ammon. à 1 p. 100 ; *c*. du bain d'argent additionné de 2 à 3 gouttes de cette dernière, et de 1 à 2 gouttes de la solution sodique ou barytique ; *d*. du bain d'argent additionné de 1 goutte de solution ammon. à 10 p. 100 et de 2 à 5 gouttes de solution sodique ou barytique. Le bain d'argent pauvre en AzH^3 donne, au moment où l'on ajoute de la soude ou de la baryte, un précipité d'Ag^2O, qui se redissout en agitant ; sinon, il faut ajouter une autre goutte de solution ammoniacale à 1 p. 100.

Les coupes sont directement passées de l'eau distillée dans chacun des verres de montre et laissées cinq, dix, ou vingt mi-

nutes dans la solution d'argent. Si celle-ci est riche en AzH^3, les coupes peuvent y demeurer plus longtemps; en est-elle pauvre ou exempte (bain-type), les coupes, au bout de deux-cinq minutes, prennent une coloration rouge jaunâtre. C'est le moment de réduire en mettant la coupe sur le porte-objet dans une goutte de solution de formaline à 5 p. 100.

On examine alors au microscope. Si la coloration est réussie, on dépose la préparation dans l'eau distillée. On doit obtenir une coloration gris foncé, ou tirant sur le brun jaune. Tous ou presque tous les cylindraxes sont alors d'un brun intense ou d'un noir de jais sur un fond incolore ou jaunâtre diffus : ils ne doivent pas présenter de granulations. Les cellules nerveuses sont invisibles ou très faiblement colorées en brun jaunâtre : parfois elles sont noires avec les origines dendritiques. Les expansions terminales péricellulaires des fibres nerveuses restent d'ordinaire incolores, bien que, dans les préparations heureuses, chaque cellule à peu près soit enlacée d'un épais enchevêtrement de fibrilles très fines. Il existe des exemples de colorations parfaites des cellules et des ramifications terminales. Souvent aussi la coloration du brun au noir s'étend aux noyaux des cellules, aux hématies, aux noyaux, aux fibres et aux cellules de la névroglie.

Des précautions spéciales sont à prendre pour les préparations durcies à l'acide chromique (voir le mémoire). Le dessin microscopique est le même sauf que le fond est d'un jaune plus sombre.

On différencie et fixe en immergeant les coups dans une solution de chlorure d'or à 0,3 p. 100 : 1 à 3 gouttes pour 10-15 centimètres cubes d'alcool à 96. La coloration des cylindraxes s'affirme tandis que le fond devient d'un rouge rosé ou violet. On peut encore fixer au platine ($Pt\ Cl^4$.) : en ce cas on évite le fond rougeâtre. Inclure dans le baume du Canada sous couvre-objet.

Apres une minutieuse description de pièces ainsi préparées, l'auteur reproche à son procédé d'être capricieux. Mais les colorations partielles offrent encore beaucoup d'intérêt. P. Keraval.

XXII. **Application au diagnostic des neurasthénies et hystéries traumatiques de l'enregistrement de la pression sanguine.** par H. Strauss. (*Neurolog. Centralb. XX.* 1901).

Il serait particulièrement précieux de déjouer la simulation s'il était établi que, par la méthode de Gærtner, on fût en mesure d'obtenir des signes physiques précis, dans des conditions déterminées. L'auteur examine les sujets de 10 heures à midi, après le petit déjeuner, assis; il procède sur l'indicateur gauche tenu à la hauteur du cœur, et exécute plusieurs notations l'une après l'autre en éliminant la première qui généralement fournit le chiffre le plus élevé. Dans ces conditions, le manomètre à mercure marque

en moyenne, chez l'*homme sain* 90-100 millimètres, plus près de 90 que de 100.

Chez les individus atteints de *névrose traumatique*, indemnes d'artériosclérose, de néphrite chronique, de saturnisme chronique, âgés de trente-six ans, non suspects, par conséquent, d'artériosclérose au début, au nombre de neuf, il a, sur 25 séances, relevé, au tonomètre de Gærtner, 21 fois les chiffres de 100-130 millimètres, une fois celui de plus de 130, 3 fois le chiffre de 95 millimètres. Ce dernier concernait des malades depuis longtemps en traitement : les autres se rapportaient généralement au début de l'affection.

Par suite, si chez des personnes soupçonnées d'une névrose fonctionnelle, indemnes d'artériosclérose, de néphrite, de saturnisme chronique, on constate à plusieurs reprises des chiffres tonométriques élevés, on est autorisé à croire que le soupçon, déjà basé sur d'autres signes, est confirmé. Cette *hyperpression*, bien établie avec les précaution d'usage, par un observateur maître de la méthode, a rang de signe diagnostique pratique.

Dans une observation toute récente de névrose cardiaque traumatique M. Strauss a noté 135 millimètres de Hg., tandis que dans un cas de dilatation du cœur, d'origine traumatique, sans lésion valvulaire, la pression était de 50-80 millimètres.

Le tonomètre permet encore de constater matériellement l'existence de *points douloureux*. Dans cinq cas de névrose traumatique la pression sanguine a monté de 15, 20, 25, 35 et même 40 millimètres, au moment où l'on a pressé sur les points en question. Dans la sciatique, alors que l'on presse sur le nerf malade, elle s'élève de 25 et de 30 millimètres. Chez les sujets sains, le pincement douloureux de la peau provoque une hyperpression de plus de 15 et de 20 millimètres. Il s'agit de déterminer le rapport entre l'hyperpression et l'intensité de la douleur fonction de la compression, et d'enregistrer comparativement les chiffres tonométriques qui correspondant aux points douloureux signalés par les patients et ceux qui correspondent aux points symétriques soumis à une pression d'égale intensité.

Il convient encore de trouver les lois de la pression sanguine, en relation avec l'effort physique et la tension d'esprit : elle s'élève assez souvent sous cette influence de 10 et de 20 millimètres chez les individus bien portants. P. KERAVAL.

XXIII. **Une modification nouvelle de la méthode d'imprégnation argentique de Golgi**, par H. GUDDEN. (*Neurolog. Centralb.* XX, 1901).

L'auteur recommande de substituer au nitrate d'argent le *lactate d'argent*, (marque Heyden), dissous dans l'eau distillée à 1/15 Il aurait l'avantage de colorer un plus grand nombre de cellules avec

leurs prolongements, et de pénétrer à une profondeur de 2 3 centimètres. Les pièces préparées ainsi ont fourni de belles images bien qu'elles aient été traitées dans de mauvaises conditions : il s'agissait en effet de morceaux de cerveau et de cervelet de paralytiques généraux, dont on avait pratiqué l'autopsie seize heures seulement après la mort; ils n'avaient séjourné que quatorze jours dans le mélange de : bi-chromate de potasse 2,50, eau distillée 100, formol à volonté. P. KERAVAL.

XXIV. **Contribution à la question de la transmissibilité héréditaire de l'épilepsie du cochon d'Inde de Brown-Séquard**, par M. SOMMER. (*Neurolog. Centralbl.* XX, 1901).

M. Sommer maintient que l'épilepsie artificielle expérimentale acquise du cochon d'Inde ne se transmet pas à la lignée pourvu que les animaux soient vigoureux et bien soignés. Est-ce que les accès convulsifs décrits par Brown-Séquard et Obersteiner chez les jeunes ne dépendraient pas d'une décrépitude généralisée? Voici les expériences projetées. Faire reproduire des cobayes rendus épileptiques soumis à une bonne hygiène et à un régime satisfaisant; en faire reproduire d'autres traités dans des conditions inverses. Si l'on obtient de la première série une postérité vigoureuse et indemne d'accidents convulsifs, tandis que les petits de la seconde seront décrépits et peut-être épiletiques, la preuve sera établie. P. KERAVAL.

XXV. **De la brachybiotie congénitale de certaines parties du système nerveux**, par ADLER. (*Neurolog. Centralbl.* XX, 1901).

Quand la vie sexuelle disparaît, les organes de l'économie subissent une atrophie de la substance active et la multiplication du tissu interstitiel (hypertrophie de la prostate par ex.). L'atrophie rapide du cerveau sénile détermine la *démence sénile*; il peut aussi se produire une atrophie cérébrale prématurée, qui entraîne la *démence juvénile*. Mais ces formes précoces de la dégénérescence nerveuse si caractérisées par l'*hérédoataxie cérebelleuse*, l'*ataxie spinale héréditaire*, la *paralysie bulbaire progressive*, l'*atrophie musculaire progressive*, laissent supposer que des organes entiers ou des portions d'organes ont reçu une construction défectueuse qui leur mesure dès la naissance leur vitalité, leur énergie biologique, et les condamne à périr au bout de peu de temps. Cette idée convient à la *paralysie agitante*, à *la sclérose latérale amyotrophique*, à *l'hémiatrophie faciale progressive*, à nombre de cas de *paralysie spinale spasmodique*, à la *myélite chronique de la femme*. à quelques faits d'*atrophie du nerf auditif* et du *nerf optique*. Seulement on ignore l'essence de la structure ou prédisposition anomale et pourquoi elle porte suivant le cas sur tel ou tel

domaine. Il doit exister du reste d'autres appareils éphémères, si l'on en juge d'après maints cas de sclérose de l'oreille moyenne, d'emphysème pulmonaire, d'atrophie de la *muqueuse* gastrique et intestinale, de sclérodermie diffuse, de néphrite interstitielle, d'artériosclérose, d'arthrite déformante. P. KERAVAL.

XXVI. **Le réflexe cornéo-mandibulaire**, par F. de SOELDER. (*Neurolog. Centralblatt* XXI, 1902).

Priez le sujet d'ouvrir légèrement la bouche, tirez la lèvre inférieure en bas de façon à découvrir la rangée inférieure des dents, et touchez la cornée : le maxiliaire inférieure se déplace alors transversalement du côté opposé à celui de la cornée excitée. C'est le résultat de la contraction du ptérygoidien externe du côté de la cornée excitée. Le réflexe est lent. En répétant l'excitation, il s'épuise au bout de deux ou trois mouvements, mais il reparaît après dix à vingt secondes de répit. On ne l'obtient pas chez tout le monde parce que le contact de la cornée détermine simultanément d'autres mouvements musculaires incoercibles. Chez ceux qui sont à cet égard plus tolérants, le réflexe cornéo-mandibulaire apparaît net dans la moitié des cas, et simplement esquissé chez la plupart des autres.

La branche centripète de l'arc réflexe doit occuper la portion sensitive du trijumeau; la branche centrifuge en occuperait la portion motrice. Le centre réflexe réside problablement dans le noyau moteur de la cinquième paire.

Il est curieux de noter l'association fonctionnelle entre l'orbiculaire de l'œil et le ptérygoidien externe, le contact de la cornée produisant simultanément le réflexe cornéen et le réflexe cornéo-mandibulaire. N'arrive-t-il pas souvent que des mouvements palpébraux s'accompagnent de mouvements involontaires des maxillaires et qu'inversement des mouvements des maxillaires s'accompagnent de mouvements involontaires des paupières? Ce sont des mouvements associés préformés.

Ce réflexe cornéo-mandibulaire persiste quelquefois alors que le réflexe cornéen a disparu, dans les cas de coma consécutif aux métastases carcinomateuses du cerveau, au ramollissement embolique du délire aigu, aux foyers de ramollissement syphilitique de la protubérance, à l'épilepsie : dans ces cas-là le réflexe en question était le seul que l'on pût obtenir. P. KERAVAL.

XXVII. **De la fatigue des réflexes tendineux et de la valeur diagnostique de ce symptôme dans les affections nerveuses**, par W. de BECHTEREW. (*Neurolog. Centralbl.* XXI, 1902.

Répétition du même article en russe de l'*Obozrénié psichiatrii* V. 1900. Déjà analysé. P. KERAVAL.

XXVIII. Le réflexe trigémino-facial et le phénomène de Westphal et Pilz, par H. Lakacz. (*Neurolog. Centralbl.* XXI, 1902).

Le réflexe sus-orbitaire de Mac Carthy, Bechterew, Hudovernig, est connu de tous les neurologistes. La contraction de l'orbiculaire des paupières ne survient-elle pas à tout contact inattendu et rapide de la face? Il existe cependant quelques points dont la percussion, si souvent qu'on la répète, produit invariablement cette réaction. Ainsi, le front, et le trou sus-orbitraire. Celle de l'os malaire la détermine presque toujours; pour les autres régions, cela dépend de l'état de l'excitabilité réflexe et non seulement selon les individus mais aussi suivant les moments.

Cette contraction de l'orbiculaire a lieu des deux côtés même chez le nouveau-né, même chez l'adulte à fermer ses yeux alternativement. C'est un réflexe, car on peut le provoquer en frappant sur le maxillaire inférieur trop éloigné du frontal pour qu'on puisse alléguer la transmission directe des vibrations osseuses au muscle lui-même. De plus, dans la paralysie faciale, totale, la percussion du point sus-orbitaire se traduit par la contraction en question du côté sain et sa suspension du côté paralysé. La contraction du côté sain a également lieu quand on frappe sur le point d'émergence du faciale paralysé, dans les cas d'hyperexcitabilité s'entend. C'est bien là du réflexe. Lorsque la paralysie faciale s'améliore. ce dernier procédé fait contracter l'orbiculaire avant même que l'innervation volontaire soit encore possible. Cette correspondance s'explique par les riches anastomoses entre facial et trijumeau. La résection du trijumeau fait disparaître le réflexe.

En même temps que ce réflexe, on voit la pupille d'abord diminuer puis se dilater. Si l'on répète plusieurs fois l'expérience en peu de temps, on détermine de la mydriase. Cette réaction s'effectue, quelle que soit la manœuvre employée, qu'il s'agisse d'une pupille normale ou d'une pupille immobile à la lumière, même d'yeux amaurotiques. Ce phénomène a lieu en outre dans la paralysie faciale totale alors qu'il ne se produit pas de contraction de l'orbiculaire. Jamais concurremment le globe oculaire n'exécute de mouvement de rotation dans l'orbite. Comme cette réaction pupillaire a pu être engendrée en des cas où les autres réactions des pupilles étaient éteintes, il y a lieu de croire qu'elle procède d'un arc réflexe périphérique.

Impossible d'assigner au réflexe orbiculaire, pas plus qu'à la réaction pupillaire, de valeur diagnostique. C'est tout au plus si le retour du premier indiquerait l'amélioration de la paralysie faciale. Quant au phénomène pupillaire, peut-être pourrait-il servir, comme le veut Galassi, à distinguer une paralysie périphérique de l'oculomoteur commun d'une paralysie centrale.

P. Keraval.

XXIX. Un système de fibres peu connu situé à la périphérie du segment antérolatéral de la moelle cervicale, par W. de Bechterew. — **Le faisceau d'Helweg**, par H. Obersteiner. (*Neurol. Centralbl.* XX. 1901).

Le faisceau olivaire de Bechterew, faisceau triangulaire d'Helweg (voy. Archives de Neurologie 1895, t. XXX, p. 144) : n'est pas un faisceau ascendant, c'est un faisceau descendant, comme en témoignent les observations de Meyer (Leitungsbahnen p. 302) et de Reinhold (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. X. 1897). Dans l'état actuel de nos connaissances il est impossible d'affirmer qu'il vienne des olives inférieures; mais il en est voisin, et par suite, mieux vaut l'appeler faisceau *périolivaire*. Ses rapports avec les olives en question seraient néanmoins supposables quand on voit une hémorrhagie de la calotte au niveau du noyau du facial et de l'oculomoteur externe s'accompagner de dégénérescence du faisceau central de la calotte, de la grosse olive et du système de fibres qui nous intéresse (Meyer), du côté correspondant au foyer; ce faisceau a encore été trouvé dégénéré en un cas d'hémorrhagie du plancher du quatrième ventricule, toujours du même côté (Reinhold). Spiller (Brain 1900, XXII), dans une observation d'hémorrhagie de la base ayant atteint la capsule externe, le noyau lenticulaire, la partie postérieure de la capsule interne et la couche optique, a constaté la dégénérescence d'un tractus de fibres qui, dans la région protubérantielle, était à côté du faisceau pyramidal, et plus bas descendait à la moelle en dehors des grosses olives.

Ce faisceau n'a en tout cas pas de relation avec le faisceau pyramidal, car il se revêt de fibres myéliniques plus tard que ce dernier; puis, tandis que celui-ci se compose de fibres myéliniques assez épaisses, le faisceau périolivaire contient des fibres extrêmement fines, pauvres en myéline.

M. Obersteiner fournit une nouvelle observation de dégénérescence descendante du faisceau d'Helweg. Il s'agit d'une tumeur sphérique de 3,5 centimètres de diamètre, occupant le plancher au quatrième ventricule du côté droit, qui avait comprimé le tiers supérieur de l'olive et détruit le tissu nerveux en arrière de celle-ci (figures). L'analyse montre une dégénérescence descendente du faisceau d'Helweg : on la peut suivre jusqu'au début de la moelle dorsale. Il est cependant impossible d'en préciser l'origine cérébrale. Mais il est extrêmement probable que la plupart des fibres dégénérées devaient leur lésion à l'action de la tumeur sur la partie située en arrière de l'olive.

Celles des fibres dégénérées qui pénètrent dans l'olive par le hile ou qui y entrent après avoir traversé son feuillet postérieur, seraient des fibres descendantes appartenant à l'olive (faisceau

central de la calotte?), plutôt que des éléments du faisceau d'Helweg. P. KERAVAL.

XXX. **Coloration des cylindraxes**, par L. KAPLAN. (*Neurolog. Centralbl.* XX, 1901).

On fait durcir dans le liquide de Muller, pendant trois mois au plus; on transporte un jour dans l'alcool à 80°, un jour dans l'alcool à 95°. un jour dans l'alcool absolu; on inclut dans la celloidine ou dans la paraffine. On colore au moyen d'une solution dans l'eau à 10 p. 100 de l'encre anthracéno-ferro-gallique de Léonhardi (Dresde), soit, ce qui vaut mieux, au bain-marie à 35°, soit à froid, ou à froid après avoir chauffé un instant : un long séjour de la coupe dans le liquide colorant n'est pas nuisible. On lave ensuite rapidement à l'eau. La différenciation s'opère dans l'hypermanganate de potasse à 0,25 ou 1 p. 100 : on atténue par l'acide sulfurique à l'état naissant. Enfin, on lave rapidement à l'eau, on déshydrate dans l'alcool à 80°, à 95°, à 100°, on sèche au carbolxylol ou à l'essence de cajeput, on monte au xylolcolphane. Il semble que l'on colore ainsi une substance du cylindraxe qui paraît ne pas commencer immédiatement à la cellule et ne pas aller jusqu'à l'extrémité des fibres. P. KERAVAL.

XXXI. **Observation de ramollissement superficiel de tout le territoire irrigué par l'artère sylvienne**, par G. BIKELES. (*Neurolog. Centralbl.* XX, 1901).

Il s'agit d'un homme de vingt-neuf ans, pâle, presque cyanonotique, cardiaque et tuberculeux, qui, en deux jours, présente les signes graduels d'une paralysie du membre supérieur gauche et de la moitié gauche de la face, et d'une parésie du membre inférieur du même côté. Légère parésie de l'orbiculaire palpébral gauche, paralysie totale du facial inférieur aux mouvements volontaires comme à la mimique. Intrégrité de la branche motrice du trijumeau. Déviation de la langue à gauche : elle se meut bien moins facilement vers la gauche que vers la droite. Diminution de la sensibilité tactile et douloureuse sur toute la moitié gauche du corps, y compris la face : la sensibilité thermique est diminuée à gauche, sauf au visage. On diagnostique un arrêt de développement de la cloison ventriculaire. avec rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire, phtisie pulmonaire, thrombose veineuse du membre inférieur gauche ayant produit une ambolie de la sylvienne dans la région de la capsule interne.

L'*autopsie*, pratiquée deux mois et demi après le début des accidents. montre ce qui suit. Au niveau de la convexité de l'*hémisphère droit*, la pie-mère, dans la région du lobe temporal et du lobule pariétal inférieur. contient quelques caillots presque unifor-

mément répartis, faciles à détacher. On les retrouve dans la scissure de Sylvius, où l'artère est bouchée en grande partie par un caillot blanc qui adhère un peu à la paroi. Une coupe transverse et perpendiculaire du cerveau révèle une infinité de foyers de ramollissement plus ou moins volumineux, conglomérés et même confluents, dans l'écorce et au-dessous de l'écorce de la troisième frontale (3 centimètres de sa portion antérieure exceptés), des deux tiers inférieurs des ascendantes, — de la première temporale, — de tout le lobule pariétal inférieur, — en un mot dans *tout le territoire irrigué par l'artère sylvienne droite*. Ces foyers pénètrent de 3 centimètres dans la substance blanche du lobule pariétal inférieur; de 2 centimètres dans celle de la pariétale ascendante; de 1-2 centimètres dans celle de la frontale ascendante : dans la troisième frontale, mosaïque de foyers superficiels et un peu plus profonds.

La dégénérescence du faisceau pyramidal, nette, mais peu intense, cesse à l'extrémité supérieure de la moelle dorsale : cela s'explique, puisque l'extrémité inférieure n'a été que peu paralysée, et que le tiers supérieur des ascendantes était épargné complétement. Le bulbe présente uniquement la dégénérescence du faisceau pyramidal correspondant : intégrité du ruban de Reil. Dans la protubérance, le ruban de Reil principal est un peu atteint: évidemment il s'agit de quelques fibres motrices mélangées à cet organe (Hoche). Dégénérescence étendue mais non profonde du faisceau pyramidal droit de la protubérance : un très grand nombre de fibres antérieures dépassent la ligne médiane pour se perdre entre les trousseaux de fibres du faisceau pyramidal du côté opposé.

Le genou et la branche postérieure de la capsule interne, sont, comme les ganglions de la base, indemnes de tout foyer de ramollissement. On y retrouve la dégénérescence habituelle des hémiplégies, bien que les fibres du faisceau pyramidal destinées au membre inférieur n'aient pas considérablement souffert. De plus, tandis que le noyau médian de la couche optique est intact, le noyau latéral contient un assez grand nombre de fibres dégénérées, non-seulement près de la capsule interne, mais dans tout le noyau. C'est inexplicable. L'étude du pédoncule cérébral montre que comme l'a dit Mellus (Journal of nerv. and ment. disease, 1899), les fibres des pyramides destinées aux diverses parties du corps (à l'extrémité supérieure, à l'extrémité inférieur, au facial) se mélangent les unes aux autres déjà dans la capsule interne.

En somme l'observation est curieuse par les détails anatomopathologiques sus-résumés, par l'absence de dégénérescence des fibres propres du ruban de Reil malgré le ramollissement étendu des ascendantes et du lobule pariétal inférieur. Elle l'est encore par la paralysie limitée au facial inférieur et à l'hypoglosse expliquée par la conservation de la racine motrice de la cinquième paire.

des nerfs oculomoteurs et de la branche frontale du facial, et l'intégrité d'un petit nombre de fibres entre les innombrables foyers de ramollissement. Enfin l'hémi-anesthésie tactile, douloureuse, thermique ne peut être regardée que comme fonctionnelle, puisqu'il n'y avait pas de foyers de ramollissemeut dans la capsule interne et dans les ganglions de la base, et que le centre du membre inférieur était conservé. P. KERAVAL.

XXXII. Coloration du système nerveux à l'aide du rouge Magenta, par P. ZOSIN. (*Neurolog. Centralbl.* XXI, 1902).

Durcissement dans la liqueur de Müller. Inclusion dans la celloidine. Placement dans l'alcool. Couper. Colorer pendant vingt minutes à une heure par le rouge Magenta à 1 p. 100 : les coupes deviennent rouges. Laver à l'eau ou, au besoin, laisser les coupes dans l'eau pendant une demie heure au plus. Laver les coupes à l'alcool absolu jusqu'à ce qu'il ne s'en sépare plus de flocons colorés, et jusqu'à ce que la substance grise tranche nettement par sa coloration rouge sur la substance blanche jaune. Xylol, baume du Canada, couvre-objet. Les manchons de myéline sont jaunes, les cylindraxes bruns, les noyaux rouge-brun, le tissu scléreux et la névroglie rouge-violet; les cellules nerveuses sont rouges. La coloration est plus nette que dans la méthode de van Gieson et le procédé est plus simple, plus rapide. P. KERAVAL.

XXXIII. Contribution à l'anatomie pathologique de la tétanie d'origine gastrique, par ROSSOLIMO. (*Neurolog. Centralbl.* XXI, 1902).

Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans souffrant depuis quinze ans d'une dyspepsie qui a nécessité des lavages de l'estomac. Ces troubles prennent une forme aiguë le 21 décembre 1900. Il a de la lourdeur de tête, se lave l'estomac, vomit s'affaiblit, a de la peine a s'exprimer. Le 22, insomnie accompagnée de contraction convulsive des mains et des pieds : il lui semble que ses extrémités sont serrées avec des cordes. Les globes oculaires se meuvent moins aisément; des sueurs profuses apparaissent; les contractures cèdent la place à du délire. Le 24, le creux de l'estomac est douloureux, l'équilibre est difficile, on constate le signe de Romberg, la disparition des réflexes partellaires, du myosis, le défaut de réaction des pupilles. Membres inférieurs en adduction : douleurs dans les jambes dûes à la tension musculaire.

Du 25 au 28, le malade reste au lit étendu sur le dos comme s'il était rivé à sa couche. Les membres inférieurs allongés ont leurs orteils fléchis en griffe; les membres supérieurs sont en demi-flexion, les doigts sont fortement fléchis. Tous les muscles des extrémités du tronc, du cou, de la face présentent un état de tension très marqué. La physionomie a l'aspect du masque de

tragédie; l'inquiétude y est renforcée par un nystagmus léger des globes oculaires, l'injection des conjonctives, de courtes convulsions cloniques des muscles du visage. De temps à autre le patient pousse un son rauque expiratoire et bref; la parole est de plus en plus difficile et inintelligible. Bientôt survient du délire avec hallucinations visuelles. La connaissance s'obscurcit progressivement. La contracture s'exagère par instants; la respiration devient alors saccadée et superficielle, la flexion des orteils et des doigts augmente. Hyperexcitabilité mécanique, faradique et galvanique. Dysphagie, albuminurie énorme.... Enfin, coloration cyanotique de la face et des membres, sueurs continues, pouls fréquent et tendu de plus en plus faible, T. 39 et 40, mort.

Autopsie. — Hyperémie veineuse notable des méninges cérébrales. Hyperémie très marquée des méninges et de la substance grise de la moelle. Néphrite double. Le pylore est le siège d'un rétrécissement cicatriciel probablement consécutif à une gomme.

Les muscles, friables, présentent une faible striation transversale de leurs fibres, tandis que l'on trouve une striation longitudinale parfois très nette. Les noyaux du sarcolemme, par places augmentés de nombre, sont çà et là disposés en files, en chaînettes. Les nerfs périphériques et les racines antérieures ou postérieures témoignent de la dégénérescence de leur myéline. Les cylindraxes y sont tantôt épaissis en fuseaux, tantôt entortillés en tire-bouchons. Dégénérescence myélinique irrégulièrement distribuée de la substance blanche du nerveux central.

Les cellules de la moelle et du cerveau sont le siège d'altérations de beaucoup moins nettes et moins nombreuses; quantité d'entre elles sont normales. Les altérations éventuelles consistent soit dans le déplacement du noyau, soit dans la chromatolyse centrale avec pulvérulence des grains chromatophiles, soit, pour quelques-unes, dans la réduction en poussière du protoplasma.

Intégrité des cloisons conjonctives et de la névroglie. Intégrité des parois vasculaires : simple injection des veines et des capillaires.

P. KERAVAL.

XXXIV. **Les signes objectifs des troubles de la sensibilité suggérés pendant l'état hypnotique**, par W.-M. BECHTEREW et W. NARBOUTTE. (*Obozrénié psichiatrii*. VII, 1902).

Expériences méthodiques sur l'influence que peuvent exercer l'anesthésie et l'hyperesthésie suggérées sur la respiration et le pouls avant, pendant, après l'état hypnotique : effet sur la courbe respiratoire et sphygmique de l'excitation douloureuse d'origine électrique, en se mettant soigneusement à l'abri des causes de supercherie et d'erreur. Etude dans les mêmes conditions des modifications de la pupille.

Pupille. — A l'état de veille les pupilles se dilatent sous l'influence de la douleur. Suggère-t-on à l'hypnotisé une anesthésie profonde celles-ci ne réagissent plus quelle que soit la piqûre qu'on pratique ; lui suggère-t-on qu'il va ressentir une piqûre extrêmement douloureuse, il suffit de le toucher avec l'extrémité mousse de l'épingle pour que ses pupilles se dilatent. La suggestion d'un état d'hypéresthésie ne présente pas de phénomènes différents de ceux qui ont lieu à l'état de veille. Il est difficile chez les personnes dont les pupilles sont larges de surprendre une réaction à la douleur.

Respiration et pouls. — Dix observations accompagnées de tracés. Dans la plupart des cas de *sommeil hypnotique profond,* la respiration est un peu ralentie, l'amplitude même des ondes respiratoires est diminuée ; quand le sujet passe de l'état de veille à l'état hypnotique, il fait quelques excursions respiratoires profondes et pendant quelque temps sa respiration devient un peu accélérée. Le pouls n'admet pas une telle précision. Suggère-t-on l'anesthésie, l'excitation sensitive à l'aide du courant électrique n'exerce souvent presque aucune action sur le rhytme de la respiration et du pouls, tandis que ces fonctions offrent à l'état de veille, dans les mêmes conditions, des oscillations marquées. La régularité de ce signe rigoureusement proportionnel à l'intensité de l'anesthésie suggérée fait de celle-ci un fait réel, effectif; elle n'est pas le produit de l'imagination, et, comme telle, accompagnée du signe en question, peut servir à distinguer une suggestion réelle d'une suggestion simulée. Le sytème circulatoire réagit aussi notablement moins alors que pendant l'état de veille, tandis que si l'on suggère l'hypéresthésie, les excitations douloureuses se répercutent sur le tracé du pouls selon la réaction de l'activité cardiaque : la courbe est tantôt très élevée, tantôt basse. P. KERAVAL.

XXXV. **De la syringomyélie,** par L.-M. ORLEANSKY. (*Obozrénié psichiatrii,* VII, 1902).

Revue suivie d'une observation personnelle. La syringomyélie évolua sous la forme d'une sclérose latérale amyotrophique hémilatérale. Autopsie.

Conclusions générales. — Les cavités de la moelle doivent pour le moment être envisagées comme le produit final des processus pathologiques les plus différents. La variété capricieuse du tableau clinique de la syringomyélie s'explique par la variété des localisations des cavités et des processus générateurs. La dissociation des troubles de la sensibilité ne peut être regardée comme le symptôme pathognomonique de la syringomyélie. — Le diagnostic des cavités pendant la vie est extrêmement difficile, parfois tout à fait impossible; il est toujours conjectural. P. KERAVAL.

XXXVI. De l'influence de l'écorce du cerveau et des ganglions sous-corticaux sur la contraction de la rate, par E.-W. Eriksons. (*Obozrénié psichiatrii*). VI, 1901.

Conclusions. — 1° Sous la pression constante du sang, la rate se contracte et se dilate alternativement en un rythme régulier qui lui est propre. — 2° Ce rythme persiste quand on lie les artères spléniques. — 3° Il existe certainement une relation intime entre la pression sanguine et les dimensions de la rate, que l'on peut à volonté augmenter ou diminuer jusqu'à un certain point en provoquant l'hypopression ou l'hyperpression du sang. — 4° L'écorce des hémisphères cérébraux donne naissance à des conducteurs qui influencent le rythme de la rate indépendamment de l'effet vasomoteur. — 5° De toute l'écorce, c'est la région de la circonvolution sigmoïde qui agit le plus sur la contraction de la rate. — 6° Et, de cette région, c'est la partie moyenne du segment postérieur qui est la plus active. — 7° En sus de conducteurs vasomoteurs, l'écorce donne naissance à des tractus purement moteurs de l'organe. — 8° Les corps striés exercent une influence vasomotrice sur l'organe. — 9° Les couches optiques exercent sur la rate une double influence vasomotrice et purement motrice. — 10° Dans la profondeur du tiers antérieur de la couche optique se trouve un centre sous-cortical de la rate. — 11° Tous les troubles de la respiration et de la circulation se répercutent incontinent sur les dimensions de la rate et leur rythme. — 12° Les nerfs vagues ne livrent passage à aucun conducteur centrifuge de l'organe. — 13° Les voies centrifuges et centripètes de la rate passent par les grands splanchniques de deux côtés. — 14° L'influence de la région cervicale et dorsale de la moelle sur l'organe diminue graduellement de haut en bas. — 15° Le ganglion semi-lunaire contient un centre dont l'activité aboutit à la protection du rythme normal et de la tonicité musculaire de la rate. — 16° Le retour de l'organe à la normale a lieu plus lentement que le rétablissement de la pression sanguine générale. — 17° L'attaque épileptoïde entraîne, à la période tonique, la dilatation de la rate, à la période clonique, une vive contraction de longue durée, qui survit encore quelque temps à la cessation de l'attaque, qu'on ait ou non lié les artères spléniques. — 18° Quand on a complètement coupé les nerfs spléniques, l'attaque épileptoïde détermine encore le gonflement à la période tonique, la contraction à la période clonique.

P. Keraval.

XXXVII. Dégénérescence des couches optiques (*note préliminaire*), par J.-B. Blachford. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1902).

L'auteur rapporte quatre observations dont une seule est accompagnée d'autopsie : les points symptomatologiques principaux de

ces cas peuvent se résumer ainsi : 1er cas : homme atteint de manie, cicité, réflexes pupillaires abolis, réflexe du genou aboli, pas d'ataxie, syphilis. — 2e cas : homme de 39 ans, dément, cécité, réflexes pupillaires paresseux, puis abolis, pas d'ataxie, réflexe du genou bien conservé ; syphilis. — 3e cas : homme de 33 ans, dément, réflexes pupillaires abolis, puis reparus normalement ; vision défectueuse, puis améliorée, sensations normales, réflexe du genou conservé, syphilis. — 4e cas : homme de 48 ans, vision défectueuse, puis améliorée, réflexes pupillaires normaux, démarche ataxique, sensations normales, reflexe du genou conservé, syphilis.

Dans le premier cas, le seul où le diagnostic ait été vérifié à l'autopsie, il existait une dégénérescence manifeste des couches optiques et des tubercules quadrijumeaux antérieurs, où les lésions toutefois étaient moins accentuées. Dans les cas sans autopsie, les symptômes ont été tellement semblables à ceux du premier cas qu'on peut logiquement les attribuer à une cause identique, et si l'on remarque que dans les trois premiers cas, l'existence de la syphilis était avérée, et que, dans les deux derniers une amélioration très accusée a succédé au traitement anti-syphilitique, on sera autorisé à conclure que cette cause est la syphilis. Si de nouveaux faits de cet ordre viennent à être observés, ils éclairciront certainement le diagnostic de plusieurs affections nerveuses dans lesquelles s'observent des phénomènes oculaires le plus souvent rapportés à la paralysie générale, à des tumeurs cérébrales, ou aux amauroses brightiques et nicotiniques. — Les symptômes cliniques paraissent ici être peu nombreux : ils se réduisent à une démence rapidement progressive avec perte de la vision, et à un léger degré d'ataxie se caractérisant par l'incertitude de la démarche plutôt que par l'incoordination du mouvement des jambes. Les réflexes du genou ont présenté chez ces malades des conditions variées, mais on sait que sauf dans les affections midullaires, ce sont des guides peu sûrs. L'absence d'autres symptômes s'explique par le siège de la lésion, et par sa nature qui n'entraîne aucune compression des parties voisines. On peut toutefois se demander pourquoi les phénomènes de sensation paraissent si peu modifiés : on s'attendrait à trouver parmi les premiers symptômes l'anesthésie générale du tronc ; elle faisait complètement défaut. Les réflexes pupillaires et la vision ont également présenté chez les malades des conditions inégales ; mais ici l'explication est plus facile et se trouve probablement dans la différence de fonctions des couches optiques et des tubercules quadrijumeaux antérieurs. Si l'on considère ces derniers comme étant surtout des ganglions réflexes, tandis que les premières seraient surtout des ganglions intercalaires entre les tractus optiques et le centre de la vision, on conçoit aisément que la prédominance des symptômes visuels sur les symptômes réflexes, et réciproquement varie suivant que c'est l'un ou l'autre

de ces centres qui a été primitivement atteint. Au point de vue clinique il est intéressant de noter le succès du traitement antisyphilitique. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XXXVIII. **Deux cas de lipome du cerveau**; par Adèle de STEIGER (*The Journal of Mental Science*, janvier 1902.)

Nous résumons ici les deux observations que l'auteur publie surtout à cause de leur rareté.

I. — Femme de trente-huit ans, est à sa troisième attaque d'aliénation, ne dort pas, refuse de manger, de parler, mort par pneumonie. A l'autopsie : dure-mère adhérente au niveau du vertex; méninges claires non adhérentes; masse jaune, de consistance ferme, reposant sur le corps calleux, et s'enroulant en arrière sur son genou; sa longueur est celle du corps calleux, son épaisseur d'un quart de pouce. Dans le plexus choroïde du ventricule droit, un nodule jaunâtre de consistance ferme, de la grosseur d'un pois coupé en deux. Histologiquement, ces deux masses étaient entièrement constituées par du tissu adipeux, enveloppé d'une capsule fibreuse d'épaisseur inégale. Masse et capsule sillonnées de nombreux vaisseaux. Dépôts calcaires entre la tumeur et le corps calleux. — Autres organes : dégénérescence graisseuse du foie; reins granuleux.

II. — Homme de trente et un ans, atteint de paralysie : état maniaque avec idées de persécution, alcoolisme. Parole nette. Signe d'Argyll Robertson. Mort après plusieurs attaques épileptiformes. — Autopsie : membranes congestionnées, n'adhérant pas à l'écorce mais adhérentes entre elles au niveau de la surface interne des lobes frontaux. Circonvolutions petites, contractées et tassées. A droite, au niveau du lobe pariétal, plaque de ramollissement. Ecorce cérébrale mince et pâle; ventricules dilatés; granulations sur le plancher du quatrième ventricule. Au-dessus de l'espace perforé postérieur, et lui adhérant, on trouve une grosseur jaunâtre du volume d'un petit haricot. Au microscope on constate que cette tumeur est formée de tissu adipeux, avec de nombreux vaisseaux et une capsule fibreuse distincte. — Autres organes : cœur flasque et petit, foie pâle, lisse; reins granuleux.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XXXIX. **Sur quelques états de la moelle dans les anémies graves.** par ARCHIBALD CHURCH. (*The New-York Médical Journal*, 26 juillet 1902).

Les processus de dégénérescence consécutifs aux anémies ou associés à elles, sont en ce qui touche la moelle, une découverte récente, et l'un des premiers travaux sur cette question est celui de Nonne, qui, sur dix-sept cas d'anémie pernicieuse, a noté dix

fois un état de dégénérescence de la moelle, sur lequel dans deux cas seulement, les symptômes observés pendant la vie avaient pu attirer l'attention. On soutint d'abord que ces altérations étaient presque toujours limitées à la moitié postérieure de la moelle, et qu'elles épargnaient la substance grise ; plus tard on affirma que cette dernière courait les mêmes risques. L'examen d'un grand nombre de faits montre que les portions de la moelle dont l'alimentation sanguine est la moins riche sont les premières à souffrir les altérations dont il s'agit se traduisent par un état de sclérose. La preuve que l'anémie est le facteur principal de ces altérations est fournie par les expériences de Massars et de plusieurs autres physiologistes. Beaucoup d'auteurs pensent que, à côté de l'anémie il y a un autre facteur, le facteur toxique. Il est actuellement reconnu que ces modifications ne sont pas propres à l'anémie pernicieuse classique, mais qu'elles se rencontrent aussi dans les états cachectiques de longue durée dans la genèse desquels figure le facteur toxique ; on en observe par exemple dans le cancer. Les symptômes de cette dégénérescence sont ordinairement obscurs, et souvent masqués aux yeux du praticien par l'état général grave sur lequel ils se greffent. Dans d'autres cas, reconnus de bonne heure, ils donnent lieu à des erreurs de diagnostic, il y a d'ailleurs dans la marche de ces symptômes des fluctuations décevantes. Presque toujours les malades se plaignent de troubles des sensations (engourdissements, fourmillements, sensations de pression, de gonflement). Souvent on pense à une névrite multiple, et la diminution des réflexes qui est assez commune tend à confirmer ce diagnostic.

Ordinairement la diminution de volume des muscles ne dépasse pas le degré qui concorde avec l'état d'émaciation des anémiques, ordinairement aussi, ils répondent normalement à l'exitation électrique (sauf quelquefois dans les phases terminales, où l'on rencontre une atrophie vraie avec ses conséquences réactionnelles électriques).

On constate quelquefois de légers troubles mentaux, plutôt des changements de caractère, mais surtout une somnolence qui s'accompagne au réveil, d'un certain trouble des idées, quelquefois d'un peu de délire court et tranquille, qui semble la continuation d'un rêve.

Il existe assez souvent un degré plus ou moins avancé d'atrophie du nerf optique ; la diminution de la vision, et la réduction du champ visuel, sont la règle dans l'anémie. Les névralgies sont fréquentes. La durée de ces troubles dépend naturellement de celle de l'état anémique qui les a provoqués.

L'auteur termine par quelques observations sur le traitement, qui doit être surtout dirigé contre l'état du sang, et il relate six observations intéressantes. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XL. Un cas de tumeur des lobes frontaux du cerveau, dans lequel le sommeil a été un symptôme très accusé, par THOMAS PHILIP COWEN (*The Journal of Mental Science*, avril 1902).

L'auteur rapporte avec détail l'observation de ce malade, à l'autopsie duquel on trouva une volumineuse tumeur de nature sarcomateuse, elle partait des membranes et avait envahi la surface des deux lobes frontaux jusqu'à une profondeur d'environ trois pouces. Le symptôme le plus accentué que l'on ait observé chez ce malade est un sommeil persisatnt. Cet état de somnolence fut constaté pour la première fois environd eux mois après l'entrée du malade et il dura jusqu'à sa mort, à peu près six mois plus tard. Le malade dormait constamment jour et nuit, on était d'ailleurs obligé de le maintenir au lit, car il risquait de tomber et de se blesser.

Jusqu'à la fin, le sommeil ne cesse d'avoir un aspect naturel, à voir dormir le sujet, on se serait cru en présence d'une personne accablée de fatigue. On le réveillait facilement, et alors il répondait d'une manière à peu près raisonnable pendant une minute ou deux mais ensuite son attention commençait à faiblir, et il se rendormait. Même pendant ses repas, il fallait le stimuler continuellement pourqu'il ne s'endormit pas en mangeant. On ne constatait chez lui aucun autre symptôme de troubles nerveux sauf la névrite optique.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XLI. Sur les rapports des lésions locales avec les troubles nerveux et en particulier avec la neurasthénie, par Frédéric COGGETHALL. (*The New-York Medical Journal* 29 mars 1902).

L'auteur adopte la définition qui a été donnée de la neurasthénie : *une névrose de fatigue* et conseille de ne pas perdre de vue dans l'interprétation des phénomènes, non plus que dans leur traitement. Il insiste surtout sur ce double fait que, dans un cas de neurasthénie confirmée, on n'arrive à rien si l'on se borne à guérir l'irritation locale génératrice de la neurasthénie sans s'occuper en même temps de l'état général, et que, d'autre part, le résultat n'est pas plus satisfaisant si l'on se préoccupe exclusivement de l'état nerveux sans soigner simultanément les causes accessibles qui en sont tout au moins l'un des principaux facteurs.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XLII. De la section des canaux déférents et de ses rapports avec le tempérament neurospsychopathique, par H.-C. SHARP. (*The New-York Medical Journal*, 8 mars 1902)

Après d'assez longues considérations sur l'hérédité névropathique et ses conséquences fâcheuses pour la société, l'auteur rappelle

que la castration a été proposée pour remédier à cet état de choses, et que cette proposition n'est pas demenrée platonique, puisque le Directeur de l'asile des Idiots et des Imbéciles du Kausas a châtré quarante-sept de ses pensionnaires, avec des résultats très satisfaisants. Il reconnaît toutefois que la castration n'a guère de chance de devenir « populaire » et il admet que l'on n'a pas le droit de recourir à un procédé qui crée une difformité et supprime une partie des plaisirs de la vie. C'est pourquoi il préconise la section des canaux déferents, qu'il a pratiqué quarante-deux fois chez des sujets dont l'âge variait de dix-sept à vingt-cinq ans, et qui a l'avantage d'être sans danger, de laisser intacte la virilité apparente, et d'empêcher toutefois la pocréation.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

I. **De la démence précoce**, par le Dr MEEUS. (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 22).

La première partie de ce travail basée sur l'étude clinique de 40 cas de démence précoce *juvénile* a déjà été analysée dans les *Archives*[1]. La seconde partie est consacrée à l'étude de cette même maladie chez l'*adulte* et l'étude d'ensemble dans le numéro de décembre 1902, p. 542.

II. **Observations sur la démence précoce et la catatonie**; par le Dr P. MASOIN. (*Bul. de la Soc. de méd. ment.* de Belgique décembre 1902.)

L'auteur s'est attaché plus particulièrement à l'étude des symptômes d'ordre moteur si remarquables dans la forme catatonique de la démence précoce. Après avoir montré que le caractère essentiel de cette symptomatologie complexe, où les tics, les gesticulations, la mimique, les impulsions se combinent et se succèdent sans ordre est l'absence absolue de relation entre le caractère du délire et les phénomènes moteurs, M. Masoin insiste sur les analogies qui existent entre les phénomènes et et les mouvements stéréotypés et autres troubles fonctionnels du système musculaire qui sont si fréquents chez les idiots et conclut à l'identité absolue de ces symptômes moteurs avec l'automatisme de l'idiot.

[1] Analyses des numéros mars, juin et septembre du *Bull. de la Soc. de med. mentale* de Belgique, 1902.

Après cet exposé il est à peine besoin d'ajouter que M. Masoin se range au nombre des auteurs qui considèrent la catatonie comme un syndrome ne préjugeant en rien de la forme morbide où on le rencontre. A côté des termes hébéphréniques, catatonique et paramoïde de la démence précoce, il admet avec Sérieux une forme simple, qui s'installe sans manifestation délirante, évolue sans fracas, sans phénomènes moteurs bien accusés et qui n'aboutit pas à un état démentiel aussi grave que les autres variétés de la maladie.

En ce qui concerne la fréquence de la démence précoce, M. Masoin dit l'avoir rencontrée 65 fois sur les 800 malades de la colonie de Streel que comprend son service. Cr. D.

III. Contribution à la connaissance du delirium tremens des morphinistes; par K. Abraham. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* XXV. N. F. XIII. 1902.)

De l'observation de l'auteur il semble résulter que le délirium tremens d'origine morphinique se distingue de celui des alcooliques par la gaîté : le malade est le héros et non la victime d'un roman hallucinatoire qu'il vit ; — par la conservation de sa personnalité malgré la tendance mégalomaniaque du moi ; — par une certaine lucidité : le sujet a quelque conscience de son état morbide et, si, sous l'influence des rêves du délire, il vague désorienté, ce n'est que passager, il récupère la notion de temps et de lieu et comprend sa situation dès qu'on fixe son attention. Celle-ci est presque normale ; normale est la faculté de se repérer et, par suite de se souvenir. L'association des idées persiste excellente.

P. Keraval.

IV. — Contribution à l'analyse clinique de l'état de négation (négativisme) chez les aliénés; par H. Lundborg. *Centralbl. f. Nervenheilk.* XXV. N. F. XIII, 1902.

L'état de négativisme n'est certainement pas un symptôme unitaire. Il se peut que divers phénomènes compris sous ce nom tiennent à des hallucinations et à des idées fausses. La catatonie est probablement due à une auto-intoxication, les matières toxiques formées par les échanges nutritifs agissant non seulement sur le système nerveux, mais sur les muscles striés. La réaction musculaire est alors altérée à des degrés variables suivant les divers muscles. Ostermayer a noté l'hyperexcitabilité mécanique, des phénomènes de contraction idiomusculaire, de l'hyexcitabilité galvanique ; c'est peut-être cela qui se traduit par le refus de certains muscles, voire de tous, d'obéir à la volonté. Le malade est empêché de se mouvoir à sa guise, d'où raideur des mouvements, mouvements stéréotypés, ou pas de mouvements du

tout comme en certains états de stupeur où coexiste le syndrome du négativisme. Cette servitude de la locomotion augmente quand le malade se sent observé, ou quand on l'invite à exécuter un acte. Dans les cas les moins accusés, il tente, sans y pleinement réussir, de satisfaire le médecin; dans les cas prononcés, cette invitation suffit à engendrer de l'hypertonicité musculaire et dans les muscles qui doivent accomplir le mouvement demandé, et dans ceux des régions voisines, de sorte qu'aucun mouvement n'a lieu comme dans la maladie de Thomsen : on a pris cela pour de la mutinerie. Celle-ci est naturellement admissible en bien des cas. Mais l'impossibilité mentale d'executer un mouvement voulu ou demandé est le fond de l'état de négativisme de certains catatoniques.

Observation. — Une institutrice de trente ans, à tare héréditaire, est, à l'âge de vingt-deux ans, devenue bizarre, obsédée de scrupules, incapale de sommeil, à la suite de surmenage. Le tout se complique d'hallucinations et d'idées délirantes. L'année suivante accès brusque de catalepsie. Elle en sort mais pour tomber pendant plusieurs mois en stupeur. Gâtisme. Après, amélioration de six mois. Puis, aggravation. Enfin, amélioration graduelle et maintenant, depuis plusieurs années, ce mieux est demeuré stationnaire. C'est en réalité la forme catatonique de la démence précoce.

Cette malade dit à présent qu'il lui est impossible d'avoir une attitude naturelle à l'égard de certaines personnes, notamment des médecins. Elle parle sans contrainte aux autres malades et aux infirmières, mais dès qu'elle a affaire au médecin, elle devient muette, elle prend alors en outre une attitude stéréotypée de raideur qui s'accroît encore lorsqu'on la manipule. Cet état de mutisme, de négation, de stéréotypie vis-à-vis des médecins l'inquiète : elle se plaint de ne pouvoir se conduire à leur égard comme elle le voudrait, car elle les aime bien, et affirme ne pas entendre de voix qui lui commandent une telle manière d'être. C'est de l'impuissance. Elle manifeste par des gestes sa bonne volonté de répondre aux questions qu'on lui adresse et essaie d'exécuter ce qu'on lui demande, cela d'une façon saccadée.

Les facultés sont bien conservées : une lettre d'elle à la surveillante en chef le prouve. La façon dont elle s'y exprime témoigne bien d'une certaine cérémonie et stéréotypie, mais l'intelligence est saine et le jugement n'est pas mauvais. C'est cependant une apathique des plus prononcées. Le système musculaire n'obéit pas à sa volonté.

On aurait donc grand tort de croire que l'état de négation suppose invariablement que les malades qui en sont atteints soient des récalcitrants de parti pris, des récalcitrants actifs : souvent il n'en est rien.

P. Keraval.

V. **Quelques cas de folie pellagreuse**, par John Warnock. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1902).

L'auteur qui dirige l'asile du Caire, rappelle que l'existence de la pellagre en Egypte a été signalée dans ces dernières années par le Dr Sandwith. Depuis 1895 les malades entrés à l'asile du Caire pour folie pellagreuse sont au nombre de 141 (92 hommes et 49 femmes) ; ils viennent presque tous de la campagne. Les symptômes les plus communs sont ceux de la mélancolie, aboutissant à la démence, assez rapidement : puis on voit apparaître l'émaciation, l'anémie avec parésie des membres inférieurs, la diarrhée intermittente et une prostration prolongée qui aboutit à la mort. La pellagre se complique toujours d'affections parasitaires (favus, anchylostome, distome de Bilhartz, etc.). Les malades sont presque toujours amenés tardivement à l'asile, en sorte que la lésion cutanée caractéristique de la pellagre a presque toujours déjà disparu ; mais son existence est attestée par l'état de la peau qui reste dénudée après l'exfoliation de l'éruption. Ces reliquats d'éruption pellagreuse se rencentrent le plus ordinairement à la face dorsale des mains et des pieds, aux avant-bras et aux jambes, et à la partie antéro-supérieure du thorax. On remarquera que ces parties sont celles qui sont le plus ordinairement découvertes dans le travail des champs. On observe aussi des plaques foncées et indurées au niveau des grands trochanters, des coudes et des genoux ; elles persistent souvent quand tout le reste de l'éruption a disparu. Celle-ci fait d'ordinaire son apparition annuellement, au printemps, se desquame et disparaît jusqu'au printemps suivant. Quelques malades se plaignent de brûlures et de démangeaisons, et ces sensations cutanées ne paraissent pas étrangères à la genèse de certaines idées délirantes de sorcellerie et de persécution. Le réflexe du genou est ordinairement exagéré, bien qu'il ait fait défaut dans 45 cas. La perte de l'usage des membres inférieurs est progressive et quelquefois complète, et s'accompagne souvent de tremblements. Les muscles ne se bornent pas à s'émacier, ils s'atrophient : et le relâchement des sphincters est fréquent. L'appareil digestif est profondément atteint : la diarrhée intermittente et incoercible est un symptôme presque invariable. La langue est comme dépouillée de son épithélium (langue chauve de Sandwith). Fréquemment on trouve des gencives spongieuses et saignantes, de la cachexie scorbutique, et du gonflement parotidien.

Au point de vue mental, la forme mélancolique est la forme délirante la plus commune ; les hallucinations du goût et de l'odorat sont plus fréquentes que celles des autres sens. La démence arrive promptement, et, à la dernière période, les symptômes présentés par les malades ont une grande ressemblance avec ceux

que l'on observe à la période correspondante de la paralysie générale à forme mélancolique. Il faut remarquer que cette mélancolie forme un contraste frappant avec la forme usuelle de la folie chez les Arabes, qui est presque toujours la forme maniaque avec excitation, si bien que lorsqu'un Arabe donne des signes de mélancolie, on le considère immédiatement comme atteint de pellagre, et on en recherche les stigmates. Enfin il faut signaler une forme rare de folie pellagreuse, dont la description serait inverse de celle qui vient d'être faite, du moins au point de vue mental ; elle s'accompagne en effet d'idées de bien-être, de richesse, de grandeur, si bien que lorsque les stigmates pellagreux manquent de netteté, on peut avoir quelque difficulté à faire le diagnostic différentiel avec la paralysie générale. — Ce travail se termine par six observations détaillées et intéressantes.

R. de Musgrave-Clay.

VI. **Un cas d'hallucinations unilatérales, et surtout musicales de l'ouïe, avec quelques remarques sur la formation des images psycho-cérébrales** ; par Alex. Robertson (*The Journal of Mental Science*. Janvier 1902).

Ce travail est le complément de celui que l'auteur a publié dans le *Journal of Mental Science* d'avril 1901. Le cas est celui d'un homme de soixante-seize ans, sans aucune trace d'aliénation mentale, et qui, bien que complètement sourd, a dans l'oreille droite exclusivement des hallucinations musicales : ce sont des instruments de cuivre qu'il entend, mais quelquefois la musique était accompagnée de chant. L'examen du malade pratiqué par un otologiste distingué, le Dr Barr lui a donné la conviction que la surdité avait son origine dans le tissu nerveux. Nous résumons ici les remarques que ce fait suggère au Dr Robertson. Suivant la doctrine admise en ce qui concerne les fonctions du cerveau, il est probable que la combinaison complexe de sons qui constitue un air complet ou tout autre morceau de musique, prend une forme définie et pénètre dans la conscience dans le centre correspondant de perception du lobe temporo-sphénoïdal. Il peut se faire qu'il y ait un certain arrangement des impressions dans le labyrinthe et le nerf auditif, mais en raison de la structure de ces organes, il n'est pas probable qu'il s'y accomplisse autre chose qu'un assortiment préparatoire. La réapparition dans l'esprit à des intervalles variables de la même combinaison d'impressions, du même air ou des mêmes paroles, soulève une question plus difficile, celle de savoir comment se fait du côté physique, cette réviviscence. Le même problème se pose d'ailleurs pour le réveil dans la mémoire des images sensorielles, et, par le fait, pour l'exercice de la pensée. Peut-être l'étude des faits unilatéraux est-elle propre à éclairer un

peu la question, et l'auteur veut se borner à indiquer la direction dans laquelle on pourra le mieux faire avancer cet ordre de recherches.

Chez les animaux supérieurs, les bourgeons des processus protoplasmiques et les tissus collatéraux du cylindre axe ne sont pas continus, mais seulement contigus, ce qui leur permet de recevoir des impressions venues par des routes différentes. Il est à noter en outre que, en rapport immédiat avec le corps cellulaire du neurone, il existe un reticulum peri-cellulaire intimement associé au reticulum semblable des cellules nerveuses voisines.

Cette disposition figure très bien un mécanisme propre à combiner et à unifier les parties élémentaires des images pour en former un tout harmonieux. Enfin il faut se souvenir que les molécules de la matière sont supposées douées d'un mouvement continu, mouvement que les moyens actuels mettent sous le champ de notre observation. Passant maintenant à la formation et au renouvellement des images cérébrales, nous pouvons concevoir que des impressions venues des objets extérieurs se transmettent comme des ondes de vibrations subconscientes jusqu'au centre récepteur, où un groupe de neurones, par l'intermédiaire du réticulum péricellulaire, entre un état de vibration associée ou correspondante, le résultat de ces opérations multiples étant la présentation à l'esprit d'une forme complète. En outre, de même que, dans tout mouvement, l'action combinée des muscles et des nerfs facilite la répétition de ce mouvement, de même l'impression produite sur la substance nerveuse vivante au cours de la production de l'image, facilite la répétition de la même combinaison de neurones et de vibrations de même nature, aboutissant à la réviviscence de la même image dans la conscience.

Nous pouvons donc concevoir la pensée que les représentations de la mémoire, de quelque genre qu'elles soient, sont, au point de vue physique, de nature vibratoire, et que les vibrations se produisent dans des groupes associés et définis de neurones. On peut même supposer en outre que, de même que les innombrables images qui passent sous nos yeux changent continuellement, il se produit dans les rapports mutuels des neurones qui contribuent à la formation de ces images des changements qui rappellent ceux du Kaleïdoscope.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

ASILES D'ALIÉNES.

Une visite à l'asile de Meerenberg; par le Dr G. Deny.

Avant de se séparer à Anvers, au retour d'une très intéressante excursion en Hollande, les membres du dernier Congrès des Aliénistes et Neurologistes des pays de langue française se sont arrêtés quelques instants à l'asile de Meerenberg.

Cet établissement étant considéré comme le plus important du royaume des Pays-Bas, tant par le nombre de ses pensionnaires, que par la remarquable organisation dont l'a doté son savant directeur, le Dr Van Deventer, nous croyons qu'une brève relation de cette visite ne sera pas sans intérêt pour ceux des lecteurs des « Archives » qui n'y ont pas pris part.

L'asile de Meerenberg est situé dans la province de Groningue, tout près de la jolie ville de Harlem. En quittant la gare, un sentier descendant le versant d'une colline boisée vous y conduit en vingt minutes. La grille d'entrée franchie, on se trouve dans un vaste parc au milieu duquel sont situés à une distance assez grande les uns des autres et masqués par des bosquets d'arbres les différents bâtiments de l'asile.

Avec ses pelouses aux corbeilles fleuries, sa pièce d'eau et ses accidents de terrain « Meerenberg » ressemble beaucoup plus à une propriété d'agrément qu'à un établissement provincial contenant plus de 1 300 aliénés des deux sexes.

Sauf le pavillon récemment construit pour le personnel-infirmier, les bâtiments de l'asile — lequel a été ouvert au milieu du siècle dernier — sont relativement anciens.

S'ils n'offrent rien de remarquable au point de vue architectural, ni à celui de leur distribution intérieure, ces défauts sont largement compensés par la propreté méticuleuse qui règne partout et par l'aspect riant que donnent aux locaux les fleurs et les plantes qui les ornent et les meubles qui les décorent. Ici, il est à peine besoin de le dire, pas de grillages aux fenêtres, pas de judas aux portes qui s'ouvrent librement sans que retentissent aux oreilles ce cliquetis de clefs et ce bruit de verrous qui font ressembler la visite de certains asiles à celle d'une prison.

Pour apprécier toutefois, comme il convient, la disposition et l'aménagement des pavillons destinés aux malades, il faut tenir compte que Meerenberg n'est pas seulement un asile d'indigents et qu'on y trouve aussi un certain nombre de malades payants, répartis en quatre classes, dont les prix de pension varient de

1200 à 400 florins par an. Quant aux indigents qui constituent la la 5e classe, le prix de revient de leur entretien est de 170 florins, chiffre que la prospérité de l'asile permettra bientôt d'abaisser à 150 florins.

Suivant la classe à laquelle ils appartiennent les pensionnaires ont une ou plusieurs chambres avec salon, salle à manger, véranda, etc., le tout donnant sur des jardins dont ils ont le libre accès. Les indigents se tiennent dans des salles de réunion et couchent dans des dortoirs, généralemeut de douze à vingt lits, où l'espace nous a paru parfois leur être un peu parcimonieusement mesuré.

Les moyens de traitement les plus usités à Meerenberg contre les psychoses aiguës et les états d'agitation sont l'alitement et les bains prolongés. L'alitement est pratiqué dans des salles communes ou dans des chambres séparées dont les portes restent ouvertes jour et nuit, de manière que la surveillance y soit effective et permanente. Si on a encore quelquefois recours à l'isolement en cellules pour les malades trop bruyants, c'est toujours pendant un temps très court et seulement comme mesure de traitement et non de punition. Il n'est fait également qu'un usage très modéré des hypnotiques et quant aux moyens de contention mécanique ils sont absolument proscrits, comme du reste dans la plupart des asiles néerlandais.

Pour les aliénés chroniques, le travail reste toujours le principal sinon l'unique moyen de traitement. Plus de 60 p. 100 des malades sont occupés. Nous avons successivement visité les ateliers de sparterie, de vannerie, de cartonnage, de tailleur, etc. L'atelier de couture était, au moment de notre visite, provisoirement installé dans la salle des fêtes. Signalons enfin l'existence d'une école pour les idiots.

Outre les promenades dans le parc et au dehors, de nombreux moyens de distraction sont offerts aux malades sous la forme de concerts, de soirées théâtrales, etc. Les pensionnaires ont aussi à leur disposition une bibliothèque contenant près de 4000 volumes et de nombreux journaux ou revues.

Malgré la grande liberté dont jouissent les malades, les évasions sont rares et les suicides presque inconnus.

La surveillance et le traitement des 1379 aliénés, qui constituent actuellement la population de Meerenberg, sont assurés par 200 infirmières et 40 infirmiers. Ce nombre n'a rien d'excessif car il faut en distraire plusieurs unités pour le service de nuit,— complètement indépendant du service de jour — et prévoir également chaque jour quelques absences inévitables par congé, maladie, etc. Défalcation faite du personnel de nuit on compterait en moyenne un infirmier pour six malades environ.

Mais si le bon fonctionnement de l'asile peut être assuré sans le secours d'un personnel plus nombreux, cela tient sans doute à la sélection qui préside à son recrutement et au haut degré de développement de son instruction professionnelle.

C'est à l'initiative du Dr Van Deventer, assisté de Mme Van Deventer, qu'est due l'introduction à Meerenberg de l'enseignement professionnel des aspirants au grade d'infirmier ou d'infirmière.

Cet enseignement comporte trois années d'études et se termine par un examen qui donne droit à un diplôme. Il comprend des cours théoriques et pratiques, faits par les six médecins-assistants attachés à l'asile. Les matières enseignées sont les éléments de l'anatomie et de la physiologie, les principes de l'hygiène, les soins à donner aux malades, aux blessés, aux nerveux et aux aliénés. Les élèves sont en outre astreints à la rédaction de rapports et, entre temps, s'adonnent à l'étude des langues étrangères. On ne peut, bien entendu, être admis à suivre ces cours que si l'on possède déjà une instruction primaire suffisante et si l'on prend l'engagement de subir l'examen qui en est la sanction.

La salle d'étude réservée aux élèves-infirmiers est pourvue d'une bibliothèque, d'un squelette, de préparations anatomiques, d'appareils, d'instruments divers et d'une façon générale de tout ce qui peut servir à faciliter l'intelligence des matières faisant l'objet de l'enseignement.

Le personnel ne relève que de l'autorité médicale : le directeur de Meerenberg est en effet de ceux qui pensent que dans un établissement consacré au traitement des malades, tous les services, aussi bien administratifs que médicaux, doivent être concentrés dans les mains d'un médecin.

Convaincu en outre que les femmes possèdent à un degré beaucoup plus développé que les hommes les qualités nécessaires pour soigner les malades, le Dr Van Deventer a remplacé les infirmiers des services d'hommes par des infirmières ; de là l'explication du petit nombre d'employés du sexe masculin attachés à l'asile (40 hommes pour 200 femmes). Cette substitution, commencée il y a une dizaine d'années, a donné des résultats si satisfaisants qu'elle s'est peu à peu généralisée, de sorte qu'actuellement il n'y a plus guère que des infirmières dans les sections d'hommes, les infirmiers étant presque exclusivement réservés pour les travaux domestiques.

Ajoutons que pour réaliser cette expérience, le directeur de Meerenberg ne s'est pas cru obligé — comme quelques-uns seront peut-être tentés de le croire — de s'adresser uniquement à des femmes mûres ou âgées; beaucoup des infirmières que nous avons vues sont jeunes, portent un costume seyant, orné des insignes de leur grade et joignent aux agréments de leur esprit celui de leur personne.

Elles ne sont autorisées à se marier qu'après un séjour de plusieurs années à l'asile ; c'est pour cette raison sans doute qu'on leur donne le nom de *sœurs* bien qu'elles n'appartiennent à aucun ordre religieux. Il est probable que les restrictions apportées au mariage des infirmières disparaîtront lorsque de nouveaux pavillons auront été construits pour leur servir d'habitation.

Actuellement leur logement se compose d'une chambre pour les simples infirmières, d'une chambre avec salon pour les infirmières en chef ; le tout est très confortablement meublé et aménagé, mais serait peut-être insuffisant si elles étaient mariées.

Le traitement annuel du personnel-infirmier est fixé de la façon suivante : Aspirant 140 florins, aspirantes 100 florins ; infirmier 150 à 200 florins, infirmière 125 à 175 florins ; infirmier en chef 200 à 250 florins, infirmière en chef 175 à 225 florins. Ces salaires, pour les sujets qui le méritent, augmentent chaque année de 10 florins. Une caisse de retraites assure, en outre, une pension à tous les employés après un minimum de dix années de services [1].

Bien que nous n'ayons signalé ici qu'une partie des réformes — quelques-unes, du reste, d'origine française — appliquées par le Dr Van Deventer, nous croyons cependant avoir suffisamment montré que l'asile de Meerenberg est digne, à beaucoup d'égards, de retenir l'attention.

Par l'ensemble de son organisation qui le rapproche de celle d'un hôpital ordinaire, par son école-modèle d'infirmiers et d'infirmières, véritable pépinière de garde-malades d'élite, cet établissement mérite à coup sûr d'être placé au premier plan ; mais ce qui lui vaut encore une mention spéciale, c'est le rôle prépondérant que l'on n'a pas craint d'y réserver aux jeunes femmes dans le traitement des aliénés [2]. Il y a là une application trop heureuse de la célèbre formule — restée par ailleurs un peu platonique — de « l'aliéné-malade » de Pinel pour qu'on y assiste avec indifférence.

En terminant qu'il nous soit permis de remercier encore une fois M. le Dr Van Deventer et ses médecins-assistants de la cordialité de leur accueil et aussi le très aimable secrétaire général du Congrès, M. le Dr Crocq qui, au programme déjà si chargé et si fécond en enseignements variés de la réunion de Bruxelles, a bien voulu ajouter la visite de l'asile de Meerenberg.

[1] Ces renseignements sont empruntés au rapport sur l'asile de Meerenberg de l'année 1899 analysé *in Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1900, page 219.

[2] Cette réforme compte en France de nombreux partisans parmi les aliénistes et l'administration ne paraît pas y être hostile ; on peut donc espérer la voir expérimenter bientôt dans notre pays.

VARIA.

Inauguration du monument de J.-M. CHARCOT à Lamalou ;

Fig. 23.

Le monument inauguré le dimanche 20 septembre est, on peut le dire, l'œuvre spontanée de la population reconnaissante. Le plan en est dû à M. Tassin, architecte local ; les bas-reliefs à M. Louis Paul, statuaire ; le buste en bronze enfin qui le surmonte est dû au ciseau de Mme Charcot. Le ministre du commerce, M. Trouillot, a présidé cette cérémonie à laquelle l'Académie de médecine avait délégué les professeurs Raymond et Landouzy ; la Faculté de médecine de Montpellier, les professeurs Grasset, Carrieu, Tédenat, Mairet et Rauzier ; la Faculté de Toulouse. les professeurs

Mossé et Abelous ; celle de Bordeaux, les professeurs Pitre et Régis. celle de Lille, le professeur Combemale. La presse médicale parisienne était représentée par MM. Laynel-Lavastine et F. Boissier. Enfin le Voyage d'Etudes Médicales, conduit par M. le Dr Carbon de La Carrière, avait pris ses dispositions pour prendre une part officielle de l'inauguration. Aux côtés des ministres se trouvaient les représentants du gouvernement, de nombreux députés et sénateurs.

M. Trouillot ouvre la séance d'inauguration en donnant la parole à M. Pierre Brun, professeur au Lycée de Montpellier, qui dit une fort belle poésie de sa composition : « *Le Siècle à Charcot* ».

Des discours ont été ensuite prononcés par le Dr Belugou, maire de Lamalou, le Dr Boissier, au nom du corps médical de Lamalou. le professeur Raymond et le ministre, M. Trouillot. Nous avons reproduit en entier ces discours dans le numéro du 26 septembre du *Progrès médical*. Nous sommes obligé de nous borner, ici, à n'en donner que des fragments.

Monsieur le ministre, Mesdames et Messieurs,

Il y a dix ans, dit M. le Dr Belugou, qu'a disparu le grand médecin dont nous honorons la mémoire aujourd'hui, et chacun de nous se rappelle encore l'émotion causée, dans le monde savant tout entier, par cette mort brusquement survenue, en plein labeur et en pleine gloire. La tristesse de voir ainsi le siècle s'appauvrir fut à peine atténuée par la certitude, où l'on était, que l'enseignement admirable du Professeur de la Salpêtrière avait suscité et préparé de nouveaux talents, déjà célèbres, et qu'il en surgirait une génération de disciples vraiment dignes de continuer et de compléter l'œuvre du Maître.

Nulle part, la douleur ne fut plus sincère et plus vive que dans la petite ville où nous sommes réunis : elle y revêtit le caractère d'un deuil public, auquel participaient, non seulement ceux qui, par leurs études et leurs fonctions, pouvaient apprécier l'étendue de ce malheur, mais jusqu'aux artisans les plus humbles de ce vallon habitués à prononcer le nom de Charcot avec vénération, comme celui du patron de la Cité.

Et ce fut, à l'unanimité, irrésistiblement poussé par le sentiment public, que le Conseil municipal donna le nom d'Avenue Charcot à la voie principale de la station. Cette première et instinctive manifestation de reconnaissance n'a pas suffi aux habitants de Lamalou, et à l'occasion de l'innovation la plus importante pour les destinées à venir de leur commune, du progrès le plus ardemment souhaité, et le plus impatiemment attendu : l'adduction et la distribution d'eau de source, ils ont voulu fixer, assurer en quelque sorte à travers le temps, l'expression de leur gratitude envers Celui qu'ils considéraient tous comme un bienfaiteur ; et ils ont

élevé le monument que nous inaugurons aujourd'hui, plus de dix ans après sa mort.....

Quel panégyrique plus éloquent, admirateurs, collaborateurs et disciples du Maître, depuis dix ans disparu, que le spectacle de votre présence, autour de ce buste? Et ce buste, lui-même, ne doit-il pas à son origine une signification particulièrement éloquente? C'est au ciseau de Mme Charcot qu'il est dû, c'est Mme Charcot qui, en faisant spontanément à Lamalou le don précieux et envié de ce bronze, a voulu consacrer en quelque sorte le glorieux patronage, dont s'est toujours montrée si justement fière, la Cité thermale que je représente.

Aussi pouvons-nous associer, à l'hommage dû au savant un respectueux souvenir à la piété de l'épouse et au talent de l'artiste. Et qui, mieux que la compagne de sa vie, que l'affectueux témoin de ses admirables labeurs, pouvait rendre cette inoubliable figure, la sérénité de ces traits, la gravité de l'expression, la méditation et la profondeur de ce front aux larges contours, et jusqu'à l'inclinaison légère de la tête, comme involontairement penchée sous l'effort de la pensée et de la réflexion ?

Jean-Martin Charcot est resté la figure la plus puissante et la plus populaire des médecins du XIXe siècle. Egalement supérieur dans toutes les branches de l'art de guérir, à la fois profond psychologue et savant anatomiste, expérimentateur judicieux et observateur avisé, professeur érudit et vulgarisateur incomparable, clinicien par dessus tout, il était vraiment le chef de la médecine française, et j'oserai dire : de la médecine contemporaine.

Créateur et organisateur de l'Ecole de la Salpêtrière, qu'illustra pour jamais son enseignement clinique, et où savants, philosophes, médecins, accoururent de toutes les parties du monde autour de sa chaire, il mérite vraiment le surnom de rénovérateur de la neuropathologie.....

Charcot manifestait pour l'action bienfaisante de Lamalou une confiance d'autant plus remarquable que sa foi thérapeutique, ordinairement restreinte, avait de plus grandes exigences. Il devait cette exceptionnelle confiance à une longue expérience des résultats obtenus chez les malades qui formaient son immense clientèle, et aussi, je dois le dire, à la conviction que Duchenne de Boulogne lui avait transmise. Qu'il me sois permis de rappeler, à ce propos, que Duchenne de Boulogne, en visitant Lamalou, au moment où il allait, par sa description magistrale et définitive, révéler en quelque sorte au monde médical l'ataxie, jusqu'alors confondue dans le chaos des maladies nerveuses, reconnut, à leur démarche, une série d'ataxiques réunis à cette station. La sélection empirique, lentement constitue par la spécialisation favorable des eaux, avait, depuis longtemps, opéré un classement nosographique, que l'observation géniale du savant était en

train de découvrir et dont il n'avait pas encore publié la révélation.

Les témoignages de la confiance de Charcot en Lamalou se sont produits, il ne faut pas l'oublier, à une époque où le champ des maladies nerveuses s'est trouvé comme fertilisé par les excès d'un surmenage sans cesse croissant, par l'ardeur de concurrences sans cesse plus vives, par les luttes plus incessantes, et toujours plus acharnées de la vie contemporaine ; tandis que, parallèlement, son étendue s'agrandissait sous l'influence des progrès de la neuropathologie dont le médecin de la Salpêtrière était l'artisan le plus éminent et le plus célèbre. Charcot a donc été, dans l'absolue vérité du terme, « le patron de Lamalou », et les bienfaits de ce précieux patronage, la mort ne les a pas arrêtés, ils se répartissent encore sur notre station, ainsi favorisée.....

Et autour de ce modeste monument, dont votre présence élève et grandit l'hommage, autour de tant d'éminents représentants de la Politique et de la Médecine, autour de cette famille, si digne de son chef, que Lamalou remercie d'une respectueuse bienvenue, en envoyant à l'absent de chaleureux souhaits, dans les mers lointaines où il combat aussi pour la Science, je peux voir, d'anciens malades du Maître, qui ont dû à son coup d'œil, à sa sagacité, à son savoir, la conservation de leur vie, le soulagement de leur douleur, le retour de leur activité.

Au milieu de si précieux hommages, c'est celui-là peut-être, qui eût plus vivement touché Charcot. Sous sa physionomie impénétrable, le Maître cachait une exquise bonté. Souvent, l'indifférence du médecin n'est qu'une affectation de parade, qui recouvre des trésors de sensibilité et de tendresse. Ainsi était Charcot. J'en appellerais à ceux que je vois ici et qui eurent le bonheur de l'approcher, si je ne devais aujourd'hui éloigner de pareils souvenirs. Il est des morts, auxquels il ne faut songer qu'avec sérénité. Chaque jour de la vie fut si bien rempli, que parler de leur disparition avec d'autres sentiments que celui de les honorer c'est faire injure à leur mémoire. Le seul hommage qui convienne à Charcot, c'est de maintenir à son œuvre la juste admiration qui lui fut, au lendemain de sa mort, si généreusement dévolue par tous, même au delà de nos frontières. « La France, écrivait alors un illustre savant étranger, la France a perdu son plus grand médecin, et ce n'est pas seulement la France qui pleure sur cette tombe du Maître des neurologistes, mais le monde médical tout entier. Le secret de sa grandeur est dans ce fait : qu'en lui, les qualités du savant français ont été portées, dans toute leur pureté, à un degré incomparable, si bien qu'on a pu dire qu'il personnifiait le génie national »... Et tandis que l'Histoire conservera le nom du grand médecin, parmi ceux qui ont le plus honoré la Science et la Patrie, la tradition de ce petit vallon des Cévennes transmettra, d'âge en âge, le souvenir de son bienfaiteur, perpétué par ce monument.

A peine les applaudissements qui accueillent la péroraison du Dr Belugou sont-ils calmés, que le Dr Boissier prend la parole.

Au nom du corps médical de Lamalou, dont il est le doyen, le Dr Boissier joint son hommage particulier à celui qui vient d'être rendu par le maire, au nom de la municipalité et de la population au Maître illustre qui a tout fait pour la prospérité des sources minérales de Lamalou. Il remercie ensuite le ministre d'avoir accepté la présidence de cette fête médicale. Le meilleur hommage à rendre à Charcot, dit-il, est d'indiquer à quel point en était de son évolution Lamalou au moment où il est venu lui donner l'appui de cette autorité scientifique qui a rapidement franchi nos frontières et s'était fait accepter dans les Universités du monde entier. Le Dr Boissier fait ensuite l'historique de Lamalou, depuis le milieu du siècle dernier. Lamalou était dirigé par deux dames Mlle Stoline Cère et Mme Audibert. Il met en relief les progrès accomplis, rend hommage à tous ceux qui y ont contribué.

Le Dr Boissier relate ensuite les principaux noms de tous les maîtres qui ont aidé dès le début et favorisé le développement de la station. Il parle ensuite des travaux des médecins de la station qui ne restaient pas inactifs. Il fait un éloge particulier du Dr Privat, qui fut longtemps inspecteur des eaux de Lamalou-l'Ancien et qui exerça, pendant plus de cinquante ans, la médecine dans la station. Il rappelle la fondation qu'il fit et qui permit aux malades indigents de venir demander aux sources le soulagement ou la guérison de leurs maladies. C'est lui, dit-il, qui fit connaître Lamalou à Duchenne et à Charcot. « C'est à ce moment, poursuit M. Boissier, que, de 1884 à 1892, sous cette puissante impulsion, Lamalou prit un essor nouveau, eut comme une véritable floraison et devint la métropole hydrominérale que vous voyez aujourd'hui.

« Depuis, les progrès ne se sont pas ralentis. Des travaux incessants ont été accomplis dans ces dernières années, grâce à l'activité infatigable de notre maire et à l'intelligence d'une municipalité qui comprend l'avenir, des voies nouvelles ont été ouvertes, notre ville a été abondamment pourvue d'une eau excellente. Tout, enfin, témoigne d'un développement incessant, d'une marche résolue dans la voie du progrès que la science de l'hygiène impose aujourd'hui à toutes les stations thermales. » Le Dr Boissier rappelle que la mémoire de Charcot est, aujourd'hui, plus vivante que jamais... Il déclare que c'est avec intention qu'il n'a même pas effleuré la grande existence de Charcot. Il laisse ce soin au « professeur éminent que, dans le monde scientifique, on appelle le successeur de Charcot, et qui remplit si brillamment la tâche ardue de continuer les leçons du maître. Je lui offre ici les remerciements et les hommages du corps médical de Lamalou. »

La parole est ensuite donnée au Pr Raymond, l'éminent successeur de Charcot à la Salpêtrière.

Messieurs,

Le lendemain même de la mort de Charcot, sa compagne dévouée, celle dont tous les actes ont été inspirés par le culte qu'elle avait voué au maître, fit don à notre distingué confrère, M. le Dr Belugou, du buste en bronze de son mari. Ce buste c'était son œuvre, elle l'avait créé avec son beau talent d'artiste et son âme de femme. A partir de ce jour vous avez résolu de l'ériger à Lamalou-les-Bains pour y consacrer la mémoire de Charcot.

C'est cette pensée toute filiale qui nous réunit aujourd'hui, si nombreux, dans votre joli vallon thermal, au pied de cette fontaine monumentale portant, à son fronton, l'image de l'illustre médecin de la Salpêtrière. Elle est bien belle ainsi, entourée de ses deux galeries demi-circulaires, avec ses deux colonnes terminales sur lesquelles se détachent en relief, admirablement sculptés, sur l'une le vieil hospice de la Salpêtrière, le champ de travail de Charcot, et les attributs de la clinique; sur l'autre, les armoiries de Lamalou et les attributs de la médecine thermale. Enfin, deux autres bas-reliefs nous montrent, sur la première colonne, Charcot faisant une leçon clinique à la Salpêtrière; sur la seconde un ataxique que l'on transporte dans la piscine.

L'idée symbolique que vous avez voulu exprimer sera vite comprise par tous ceux qui verront et admireront ce beau monument. Vous avez tenu à l'inaugurer à propos d'une question vitale pour votre pays : l'adduction et la distribution d'eau de source potable. Et vous avez fait tout cela, Messieurs, d'une voix unanime, sans souscription d'aucune sorte, sans rien demander à personne : je tiens à le dire bien haut.

Vous n'attendez pas de moi que je reprenne aujourd'hui cette tâche, qui serait fastidieuse pour la plupart de mes auditeurs, étrangers aux choses de la médecine. Mais puisque aussi, vous me conviez à rendre un juste hommage à la mémoire de l'illustre médecin qui contribua si largement à répandre et à accroître la réputation, déjà ancienne, des eaux de Lamalou, dans le traitement de certaines affections, particulièrement fréquentes du système nerveux, vous me permettrez, pour répondre à votre invitation, de mettre en lumière un des côtés de l'œuvre de Charcot qui a le moins frappé ses admirateurs et qui méritait mieux. Sans abuser de votre patience et de votre attention, je voudrais vous rappeler succinctement ce que Charcot fut comme thérapeute.

Sans doute, c'est quand on l'envisage comme anatomo-pathologiste et comme nosographe que son œuvre apparaît dans toute sa magnificence géniale. Il semble aussi, de prime abord, qu'une forte dose de scepticisme thérapeutique ait dû être une résultante

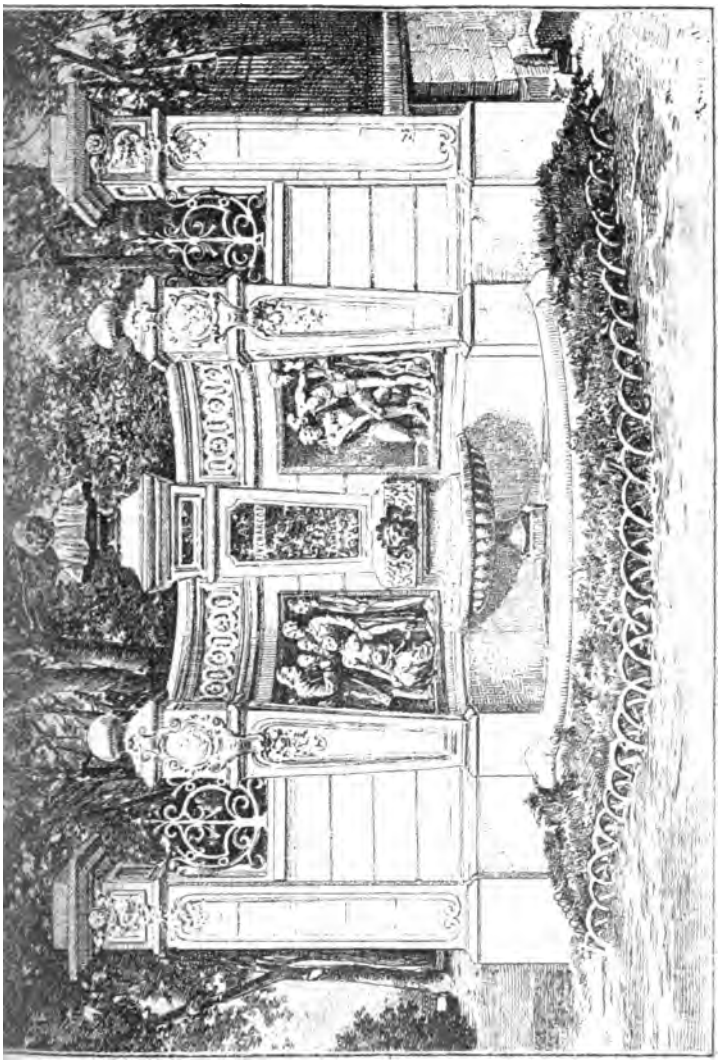


Fig. 24.

naturelle, des recherches qui ont, en grande partie, absorbé la première période de sa carrière : confiné dans le domaine de l'organicisme, dominé par la préoccupation de découvrir les rapports des perturbations fonctionnelles et des altérations anato-

miques des organes, Charcot, dont toute l'existence médicale s'est déroulée à l'hospice de la Salpêtrière, fut entraîné vers l'étude d'une série de maladies nerveuses, caractérisées par des lésions d'apparence irréparable.

Est-ce à dire qu'il les jugea irrémédiablement telles? Non pas. Dès 1874, en inaugurant un nouveau cycle de conférences libres sur les maladies du système nerveux, il faisait remarquer que son enseignement était dispensé dans un établissement consacré pour la plus large part, aux chroniques, réputés incurables. Mais il se hâtait d'ajouter tout aussitôt : « Le terme de maladies incu-« rables, cela va de soi, ne saurait être pris dans le sens absolu « car s'il s'applique aux cas, qui, réellement, ne comportent pas de « remède, il s'applique aussi à ceux pour lesquels le remède n'a « pas encore été trouvé, mais peut être trouvé. » Et, dans cette même circonstance, il exposait le traitement qu'il avait imaginé contre le vertige de Ménière et les considérations théoriques qui l'avaient amené à mettre à l'essai ce traitement resté classique. Je veux parler de l'administration raisonnée du sulfate de quinine.

Voilà qui n'était pas d'un sceptique, mais d'un innovateur. Or, il ne s'agit pas là d'un fait isolé. Un des premiers, Charcot préconisa et vulgarisa le traitement iodo-mercuriel intensif dirigé contre l'épilepsie partielle, d'origine syphilitique, l'emploi des bromures alcalins dans le traitement de l'épilepsie essentielle et de la migraine ophtalmique, l'emploi du nitrate d'argent contre certaines manifestations du tabès et de la sclérose en plaques, l'emploi de la suspension dans le traitement du tabès, etc., etc.

Charcot ne s'est pas contenté de nous montrer la compression ovarienne, un puissant moyen d'enrayer les terrifiantes attaques de l'hystérie convulsive. Il ne s'est pas contenté de nous faire voir toute la distance qui sépare ces attaques de celles de l'épilepsie vraie et de nous prémunir contre l'inefficacité des bromures employés pour venir à bout des premières. Il a réhabilité et instauré, sur des bases scientifiques, la métallothérapie et l'hypnotisme. Il nous a montré comment la suggestion hypnotique employée à titre de pratique curative, nous permet d'opérer des semblants de miracles dans les cas de paralysies et de contractures hystériques. Sa brochure fameuse : « La foi qui guérit », — qui a fait tant de bruit, découle de ces constatations.

Dans le même ordre d'idées, il nous a appris à utiliser la suggestion pratiquée à l'état de veille, en tant que gymnastique rationnelle, pour raviver dans les centres moteurs corticaux, la représentation des mouvements que les malades affectés d'une paralysie hystérique se croient incapables d'exécuter. Ce faisant, il a pour ainsi dire préludé à la découverte d'un procédé thérapeutique qui a donné de si excellents résultats dans le traitement des désordres ataxiques du tabès et dont tant de malades, parmi

ceux qui fréquentent cette station, ont pu apprécier les bienfaits ; je veux parler de la *rééducation des muscles*.

L'esprit largement ouvert aux innovations thérapeutiques susceptibles de procurer la guérison ou un simple soulagement à ceux qui souffrent, il ne dédaignait pas de faire appel aux remèdes les plus variés, à réhabiliter ou à vulgariser les ressources thérapeutiques anciennes ou nouvelles issues de l'empirisme, une fois acquise la conviction de leur utilité. C'est ainsi qu'il en vint à appuyer de sa haute autorité l'emploi des eaux de Lamalou dans le traitement de certaines affections nerveuses et surtout de l'ataxie locomotrice, maladie à l'étude de laquelle il a donné une si féconde impulsion. Dans le courant du siècle dernier et au commencement de celui-ci, les estimables travaux du professeur Dupré, de Montpellier, des Drs Privat, Boissier, Belugou, Cros, Cauvy, Descays, Donnadieu, Lavit, Gachon, Ménard, Michaud, etc., etc., nous ont renseigné d'une façon plus exacte, sur les indications précises de vos thermes. Il s'en est dégagé cette double notion : que les eaux de Lamalou jouissent d'une remarquable efficacité contre les douleurs fulgurantes du tabès dorsal, qu'on a si longtemps confondues et qu'on confond encore trop souvent avec les simples douleurs rhumatismales; et que, dans les circonstances propices, l'usage judicieux de ces mêmes eaux exeercune influence salutaire sur les lésions réalisées, sans doute en modifiant le terrain,le plus souvent *arthritico-nerveux*, sur lequel la maladie évolue.

Au nombre des cliniciens qui ont témoigné en faveur de l'exactitude de ces conclusions, je relève les noms des professeurs Grasset, Carrieu, de Montpellier, et Combemale, de Lille. Il est intéressant de rappeler comment Charcot fut d'abord conduit à envoyer ses malades à Lamalou.

Duchenne de Boulogne, le créateur du tabès, vint dans cette station, dès 1861, pour se rendre compte par lui-même de l'influence de ces eaux dans le traitement des maladies nerveuses et plus particulièrement de l'ataxie locomotrice. — Il constata leur efficacité certaine. — Rentré à Paris, il fit part de cette constatation à Charcot. L'année suivante, ce dernier y envoya ses premiers malades, ils y obtinrent des résultats très favorables. Dès lors, a commencé pour Lamalou une ère de prospérité qui est allée toujours s'accentuant depuis, et qui ne fera qu'augmenter; il n'est pas besoin d'être grand prophète pour le prédire.

A partir de cette date fameuse dans les fastes de votre histoire locale, la station vit sa clientèle s'étendre au loin, les tabétiques qui, notamment, venaient consulter Charcot de toutes les parties du monde, firent connaître dans leurs divers pays les résultats de cette cure balnéaire. Enfin ses élèves établis à Saint-Pétersbourg, à Bucarest, à New-York, à Vienne, à Prague, etc., etc., suivirent l'exemple du maître et envoyèrent des malades à Lamalou. C'est

pourquoi la station de Lamalou s'est complètement transformée depuis Charcot; *de station régionale* qu'elle était, elle est devenue, si je puis ainsi m'exprimer, une station *mondiale*.....

Je ne crois pas être présomptueux en me flattant d'avoir contribué pour une certaine part à la vogue présente et future de Lamalou, en appuyant le projet conçu et mis à exécution par le Dr Faure et qui a doté votre station d'un établissement modèle pour la rééducation des mouvements, médication accessoire qui a déjà fait ses preuves dans le traitement de l'ataxie locomotrice et d'autres maladies du système nerveux, tributaires de vos eaux.

Messieurs, j'avais pris l'engagement de ne pas soumettre votre patience à une trop longue épreuve, après avoir rappelé succinctement ce que fut Charcot en tant que thérapeute, et comment il a été amené à prêter son puissant patronage à Lamalou, il ne me reste plus qu'une phrase à ajouter. C'est pour vous prier de vous joindre à moi, afin de saluer dans un élan commun d'admiration et de reconnaissance la mémoire de celui qui fut le plus illustre parmi les médecins du siècle dernier, du savant dont les travaux sur le système nerveux, ont une si haute portée philosophique de l'homme, enfin, qui, parmi ses contemporains, a su, l'un des mieux, affranchir la pensée humaine.

De vifs et nombreux applaudissements accueillent l'éloquent discours de l'orateur. Enfin, M. Trouillot, ministre du commerce et de l'Industrie prononce le discours suivant :

Le gouvernement de la République, qui glorifiait, il y a huit jours, en Bretagne, la mémoire d'un de nos penseurs les plus libres qui ait illustré le dernier siècle, aujourd'hui, à l'autre bout de la France, apporte son hommage à un savant, dont le nom mérite d'être inscrit, comme celui de Renan, au rang des hommes qui ont eu l'influence la plus profonde sur les esprits de leur temps. Ce qu'a été l'œuvre de Charcot dans le domaine jusque là mystérieux de ces désordres nerveux, dont la pathologie avait à peine tenté d'aborder le problème et qu'elle avait même considéré pendant tant de siècles, comme étranger à son action, nous venons de l'entendre dire. Mais il est curieux de constater à quel point, dans l'ordre philosophique, les résultats ont dépassé le but direct des études de Charcot, et, comme, en travaillant pour la santé physique, il s'est trouvé avoir travaillé, à un égal degré, pour la santé morale de l'humanité.

C'est par la force de ses recherches, des progrès scientifiques qu'il a provoqués, que l'œuvre du savant s'est élevée à ce grand rôle social. En toute matière, le terrain conquis par la science est gagné sur la superstition et l'erreur. Il n'est pas une loi naturelle dont la constatation n'ait détruit une légende ; les lois fondamentales du mouvement et de la pesanteur, la loi de la gravitation universelle, les révélations zoologiques et cosmographiques, ont toutes, l'une après l'autre, sur la formation et l'organisation du

monde, renversé quelque chose des conceptions enfantines où se complaisait l'ignorance des civilisations successives. Les sciences biologiques et pathologiques ont plus récemment ouvert aux connaissances humaines un champ indéfiniment élargi. L'honneur revient à Charcot d'avoir attaqué l'erreur dans le plus sûr refuge que lui avait assuré la crédulité humaine, c'est-à-dire dans le domaine de l'hystérie, de l'hypnotisme et de la suggestion, que l'ignorance séculaire avait jusqu'ici réservé au mystérieux et au surnaturel.

Cette vérité qu'il n'y a pas d'exception aux lois naturelles, il y a simplement des lois naturelles encore inconnues, Charcot l'a mise en indiscutable évidence, en rendant à la raison ce service de produire lui-même, au gré de sa volonté, les phénomènes que la crédulité des peuples avait, de tous les temps, attribué à un pouvoir au-dessus des hommes. La rencontre est ici bien profonde entre le grand esprit qui vient d'être honoré à Tréguier par l'hommage du monde entier, et le savant auquel votre ville a voulu élever ce bronze.

« Il n'y a, écrivait Renan, ni miracles, ni lois intérimaires, » et Charcot, exprimant la même idée en termes analogues, écrit à son tour : « Nous ne pouvons rien contre les lois naturelles. »

Il continue par ces lignes saisissantes qu'on citait, le 16 décembre 1900, à l'Académie, et qu'on ne citera jamais trop parce que l'éloquence de leur constatation ne sera pas dépassée : « On n'a jamais noté que la foi qui guérit ait reproduit un membre amputé. Par contre, c'est par centaines qu'on trouve des guérisons de paralysie à travers les âges parmi les civilisations les plus diverses, au milieu des religions les plus dissemblables en apparence. Les conditions du miracle sont restées identiques. Ceux qui trouvaient la guérison, dans l'ancienneté, ornaient les parvis du temple d'hymnes votives et surtout de bras, de jambes, de cous, de seins, en matières plus ou moins précieuses, objets représentatifs de la partie du corps qui avait été guérie par l'intervention miraculeuse. Au fond du sanctuaire, la statue miraculeuse; parmi les serviteurs du temple : les prêtres, les médecins, les dames chargées de constater ou d'aider les guérisons. De tous les points de la Grèce, ceux qu'anime la foi qui guérit, s'acheminent vers le sanctuaire pour obtenir la guérison de leurs maux. Dès leur arrivée, afin de rendre le Dieu favorable, ils déposent sur l'autel de riches présents et se plongent dans la fontaine purificatrice, qui coule dans le temple d'Esculape. Les siècles ont passé, mais la source sacrée coule toujours. »

C'est ainsi que, partis de points différents et si dissemblables par l'éducation, par le caractère, par la nature de leurs travaux, l'un vivant dans le pur domaine des spéculations philosophiques, l'autre parlant uniquement d'expérimentations scientifiques, Renan et Charcot aboutissent à ces constatations rigoureuses et traduisent presque dans les mêmes termes, rendant plus sensibles l'exactitude de la formule, un peu modifiée, par le temps, d'après laquelle tout chemin mène à la Vérité. Vous avez justement pensé, Messieurs, que la place d'un ministre de la République était marquée à cette fête, au pied du monument élevé à l'homme qui a contribué, si

puissamment à l'œuvre d'affranchissement de notre raison dans cette ville où la science multiplie les miracles : mais, cette fois, selon les règles positives et sûres à un moment où de tous les points du monde se réunissent ici, en un Congrès qui sera fécond en conséquences bienfaisantes, tant de représentants éminents de la science médicale.

Cette science, plus que toute autre, est de toutes les patries. Il n'est pas de découvertes faites sur un point quelconque du globe pouvant sauver une vie ou soulager un mal physique qui ne profite au même instant à tous les hommes. Je suis heureux de saluer au nom du gouvernement, les hôtes étrangers qui travaillent tous les jours d'une façon si active au rapprochement et au bonheur des peuples, car ils sont au premier rang des apôtres de la fraternité humaine et parmi les meilleurs ouvriers de la paix universelle.

Des cris nombreux de : « Vive le ministre! » accueillent le discour de M. Trouillot. A midi et demi, a eu lieu, dans la grande salle du casino, un banquet de quatre cents couverts sous la présidence de M. le ministre du commerce.

Asile public d'aliénés de la Roche-Gandon (à Mayenne). — Un emploi d'interne est disponible à l'asile public d'aliénés de la Roche-Gandon, à Mayenne (Mayenne). Les candidats à cet emploi devront être Français, être âgés de 21 ans au moins et avoir, au minimum, dix inscriptions de doctorat. Le titulaire de l'emploi recevra un traitement annuel de huit cents francs et aura droit en plus à la nourriture, au logement, au chauffage, à l'éclairage et au blanchissage. Les demandes devront être adressées à M. le directeur-médecin en chef de l'asile de la Roche-Gandon, à Mayenne, chargé de les centraliser et de les transmettre à M. le Préfet de la Mayenne. Chaque demande devra être accompagnée des pièces suivantes : 1° acte de naissance, 2° certificat de scolarité, 3° extrait du casier judiciaire.

Asiles d'aliénés de la Seine. — *Concours pour la nomination aux places d'internes titulaires en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine* (*Asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif et Maison-Blanche*), *et l'infirmerie spéciale des aliénés à la préfecture de police. — Le jeudi* 3 *décembre* 1903, *à midi précis*, il sera ouvert, à la préfecture de la Seine, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de *dix heures à midi* et de *deux heures à cinq heures, du lundi* 2 *au jeudi* 19 *novembre* 1903 *exclusivement*.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 11-1903.

Vol. XVI. Décembre 1903. N° 96.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE NERVEUSE

Hémisection traumatique de la moelle ; (*Syndrome de Brown-Sequard*).

PAR MM.

PEUGNIEZ ET CL. PHILIPPE

Professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine d'Amiens. Chef de laboratoire à la Salpêtrière.

L'étude des lésions médullaires qui s'expriment en clinique par le syndrome de Brown Séquard est toujours intéressante, parce qu'une partie des problèmes suscités par ce complexus symptomatique n'est point encore élucidée. Quelle est la cause de l'amélioration progressive qui s'observe dans les symptômes consécutifs à l'hémisection? Quel est exactement le mécanisme qui préside au développement du syndrome? Toutes les réponses qu'on peut faire à ces questions sont encore, à l'heure qu'il est, susceptibles de critiques.

Sans doute, nous concevons très bien les causes qui déterminent la paralysie motrice du côté correspondant à la section, tous les physiologistes étant d'accord pour affirmer que les fibres motrices restent pour la plus grande partie du même côté sur tout le parcours de la moelle. Pour le trajet des fibres sensitives, l'accord est moins parfait. Il semble que celles du sens musculaire ne se croisent pas, mais les expériences cliniques ne permettent pas d'en déterminer le siège sur la section de la moelle. Les autres modes de la sensibilité, tactile, thermique, à la douleur, paraissent desservis par des fibres qui ne se croisent que partiellement dans la moelle. Kocher a défendu l'hypothèse que les fibres exclusivement réservées à la sensibilité tactile ne se croisent pas, tandis que la plupart des fibres réservées à la

perception de la douleur se croiseraient. Brissaud enseigne aussi que les fibres de la sensibilité tactile suivent un chemin absolument différent de ceux réservés à la conduction des sensations thermiques ou douloureuses.

Pourquoi les symptômes initiaux sont-ils plus étendus que ne l'est la zone anatomique lésée ? Quel est le mécanisme qui préside à la restitution de la fonction ? A quelles lésions nouvelles sont dus les phénomènes qui, dans certaines observations, viennent traverser le syndrome de Brown-Séquard, en diffusant les éléments, en altérant le caractère systématique ?

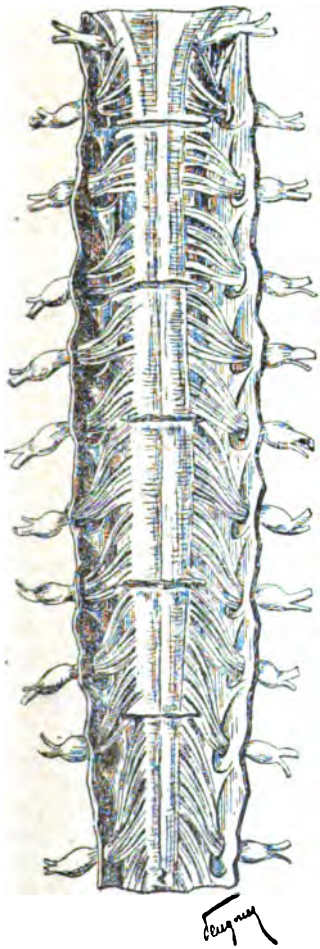
Nous avons pensé qu'un cas, dont l'observation clinique avait pu être répétée plusieurs fois à plusieurs années de distance, et suivie de l'examen anatomo-pathologique, pouvait apporter une contribution légère à l'étude de ces problèmes suscités par les lésions de la moelle épinière. En voici l'histoire, brièvement résumée. Les détails cliniques en ayant été présentés au VIe Congrès de chirurgie, nous avons eu ici surtout en vue l'étude anatomo-pathologique.

Un homme de trente-trois ans est frappé en 1887, d'un coup de couteau qui lui fait une plaie profonde à droite de l'apophysie épineuse de la troisième vertèbre cervicale. Il tombe paralysé des deux membres inférieurs et reste ainsi pendant plusieurs jours avec de la rétention d'urine et une constipation des plus opiniâtres.

Dès le septième jour, une large escharre apparaît à la cuisse gauche. Vers la même époque, le malade constate que l'usage de la jambe gauche lui revient peu à peu ; mais cette jambe est insensible. La droite est complètement paralysée.

Le 29 novembre 1893, il entre à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, où l'on constate une petite cicatrice blanchâtre, linéaire, mobile, au niveau de l'ancienne plaie. Il existe une hémiparaplégie droite avec hémianesthésie croisée. Les réflexes sont notablement exagérés à droite, et le membre inférieur correspondant, très atrophié. Il n'existe de ce côté aucune élévation thermique locale. Une hyperesthésie s'observe également à droite, remontant jusqu'à la hauteur du creux axillaire. A gauche, la sensibilité est abolie dans tous ses modes ; l'anesthésie remonte jusqu'à la hauteur du mamelon.

Les troubles des réservoirs ont disparu. Le sens génésique est très affaibli. Le malade quitte l'hôpital le 28 décembre 1893.



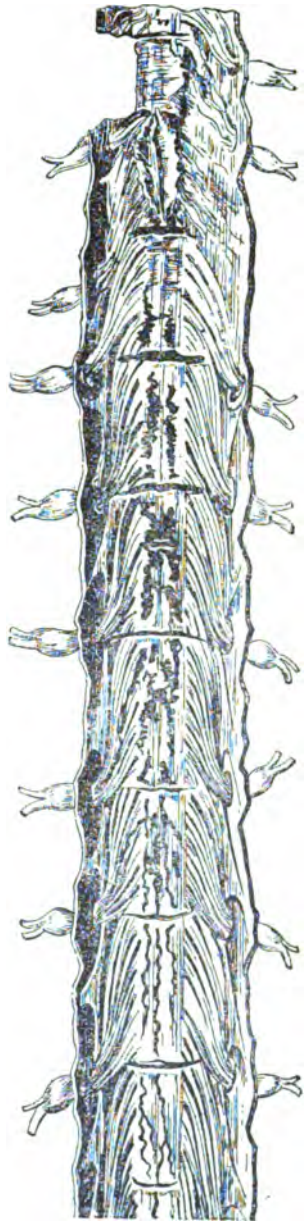


Fig. 36 et 37. — **Aspect macroscopique de la moelle.**

Il y rentre en mars 1897. La paralysie s'est un peu amendée, mais l'élément spasmodique est arrivé à son apogée, donnant un caractère ataxique à la plupart des mouvements volontaires exécutés dans la zone autrefois paralysée.

A gauche, l'anesthésie a fait place à une sorte de dysesthésie, qui ne permet plus au malade de distinguer les diverses excitations de la sensibilité, mais les lui fait percevoir toutes sous forme de vibrations douloureuses qu'il localise fort mal, et qui vont s'irradiant à distance, bien loin du point excité. La sensibilité thermique est revenue. Les troubles trophiques se multiplient de ce côté. Escharres, mal perforant, ulcères, sont disséminés tout le long du membre inférieur.

Depuis cette époque, le malade a été revu plusieurs fois sans qu'aucun phénomène particulier ait donné lieu à de nouvelles observations.

Il rentre à l'Hôtel-Dieu en mai 1901. On l'apporte d'un service de médecine voisin où il est resté plus d'un mois. Nous apprenons que durant ce séjour, la cicatrice dorsale s'est rouverte et a laissé couler du pus. Elle est refermée au moment de son entrée, et nous lui trouvons les caractères qu'elle nous a toujours présentés.

Quant au malade, il est dans le coma, couvert d'escharres disséminées à droite et à gauche, paralysé des quatre membres, insensible à toutes les excitations, sans reflexes, avec de l'incontinence des urines et des matières fécales. Ces phénomènes ont débuté, il y a environ dix à douze jours, et rapidement la situation s'est aggravée pour arriver au point où elle en est. Le malade meurt quelques jours après son entrée.

A l'autopsie, nous avons trouvé dans la colonne vertébrale une lame de couteau brisée de telle façon que sa surface de section était enfoncée dans l'épaisseur de la lame de la troisième vertèbre dorsale ; la pointe qui avait traversé le canal rachidien s'enfonçait dans la profondeur du disque intervertébral sus-jacent à la sixième dorsale dont elle atteignait presque la face antérieure. (*Fig.* 36 et 37).

La moelle portait une plaie verticale ayant détruit sur une hauteur de deux centimètres la presque totalité de sa moitié droite.

Au-dessus de cette plaie, la moelle, macroscopiquement, paraît saine. A son niveau, il semblerait qu'il n'en reste plus

qu'un petit cordon fibreux, engainé dans un fourreau de méninges qui lui adhèrent intimement. Au-dessous, jusqu'à la queue de cheval, elle est marbrée et sillonnée de plaques et de traînées brunâtres, vestiges d'hémorrhagies anciennes.

Voici maintenant les résultats de l'examen microscopique sur lesquels nous voulons tout particulièrement insister.

Examen histologique. — L'examen histologique devait déterminer avant tout la *nature* et l'*étendue* des lésions qui avaient entraîné la symptomatologie observée du vivant du malade. Comment était constitué le *foyer principal* de la moelle dorsale moyenne, si caractéristique avec sa dureté spéciale, sa coloration brunâtre surtout accusée dans le segment postérieur, et ce sillon longitudinal, assez profond, qui le partageait en deux moitiés sensiblement égales dans toute sa hauteur? Avait-il une structure purement cicatricielle? Dans quelle mesure, les processus inflammatoires infectieux s'étaient-ils associés au traumatisme initial produit par le coup de couteau?

Puis, comment expliquer la *deuxième étape* de l'affection, étape au cours de laquelle la paraplégie était devenue complète, en s'accompagnant d'une anesthésie totale et de troubles vésico-rectaux très accusés?

Nous avons prélevé un premier morceau comprenant toute l'épaisseur du foyer principal dans sa portion moyenne correspondant à l'émergence médullaire de la 5e racine dorsale. D'autres morceaux ont été coupés au niveau des 6e, 7e et 8e racines dorsales, pour moutrer les limites inférieures des lésions. Un dernier fragment a été pris au niveau de la 3e racine dorsale.

Après inclusion colloïdinée, les coupes furent traitées par les techniques habituellement employées par le système nerveux central.

A. *Coupes au niveau du foyer principal* (5e *racine dorsale*). — Quelle que soit la coloration employée, les coupes n'ont plus figure de moelle ; elles ne permettent aucunement de reconnaître la substance grise ou les cordons de la substance blanche.

Les *deux tiers* de la préparation, *à droite*, sont essentiellement formés d'un tissu fibreux dans lequel aucune technique ne permet de déceler la présence d'un élément nerveux quelconque, cellule ou fibre. Ce tissu est constitué, d'une façon assez homogène, surtout par des faisceaux conjonctifs adultes. La plupart de ces faisceaux sont

placés parallèlement les uns aux autres et prennent une direction transversale. D'autres sont longitudinaux et s'orientent suivant l'axe même de la moelle ; moins nombreux, ils forment des îlots intercalés çà et là à travers la masse des bandes transversales. En résumé, il s'agit là d'un véritable tissu de *sclérose conjonctive post-inflammatoire*, qui, au moins dans sa plus grande étendue, paraît avoir atteint depuis longtemps tout son développement : tissu remarquable par la densité de sa fibrose et par l'importance de ses faisceaux conjonctifs, plus hyperplasiés que dans les simples foyers cicatriciels consécutifs à l'écrasement de la moelle par une fracture de la colonne vertébrale.

Ce tissu pathologique présente en outre du *pigment* et des *amas* cellulaires (*fig.* 38).

Le pigment, par son aspect général et ses réactions histochimiques, doit être assimilé au pigment d'origine sanguine, rencontré dans tous les vieux foyers hémorrhagiques, en proportion directe de l'intensité et de l'ancienneté de l'hémorrhagie. Sur nos coupes, il occupe surtout les zones postérieures, au niveau desquelles il se présente le plus souvent sous forme d'amas assez considérables, de couleur jaune-foncé, même brunâtre par endroits. Ailleurs (périphérie, portions moyennes) le pigment, moins abondant et moins compact, constitue des granulations isolées, placées bout à bout à travers les faisceaux conjonctifs, et souvent prédominantes dans la zone adventice d'un petit vaisseau, artériole ou veinule.

Les amas cellulaires n'existent pas dans toute l'étendue de la nappe fibreuse ; ils se montrent surtout à la périphérie, en avant et en arrière, et dans la paroi limitant ce sillon longitudinal et antéro-postérieur constaté à l'œil nu dans toute la hauteur du foyer pathologique (*fig.* 39). Ces amas, plus ou moins volumineux, interstitiels et périvasculaires, sont uniformément constitués par des cellules rondes, petites, à protoplasma presque nul, à noyau unique, volumineux et fortement coloré par l'hématoxyline. Nulle part, ils ne nous ont présenté un processus de caséification nettement caractérisé. Par contre, plusieurs d'entre eux, surtout ceux placés dans les parois du sillon longitudinal pathologique, montrent çà et là, à travers leurs masses, des zones moins bien colorées dans lesquelles les noyaux pâlissent, sont granuleux et paraissent subir un processus de désintégration moléculaire. En résumé, le siège, l'aspect histologique général, les réactions colorantes sont vraiment autant de caractères qui permettent de voir dans ces amas cellulaires de *véritables nodules inflammatoires*, analogues aux nodules qui se montrent dans tous les processus subaigus de n'importe quel organe.

L'*autre tiers de la coupe*, à gauche, a une structure toute différente. La coloration par le picro-carmin et l'hématoxyline montre

Fig. 38. — Amas de pigments dans le tissu de sclérose

Fig. 39. — Foyer de myelite.

une sclérose qui, au lieu d'être *conjonctive* comme la précédente, est avant tout névroglique. Le plus souvent, les fibrilles névroglique-s'entrecroisent sous diverses incidences, pour former un réticulum dont les mailles, assez étroites, sont habituellement vides, parfois remplies de masses granuleuses. Plus rarement, elles constituent de véritables faisceaux plus ou moins denses, des bandes, des placards, même quelques tourbillons périvasculaires. Les espaces conjonctivo-vasculaires sont épaissis, souvent encombrés de nodules à cellules rondes. Les vaisseaux artériels ou veineux présentent une inflammation sclérosante, limitée aux tuniques, externe et moyenne.

Dans cette région, la substance nerveuse n'a pas complètement disparu. Ainsi, sur toute la périphérie de la préparation, en avant et en arrière, se voient des tubes nerveux formant de petits îlots qui s'enfoncent plus ou moins profondément à travers la sclérose névroglique. Ces tubes nerveux sont intacts, ils ont des gaines de myéline suffisamment épaisses et régulières, des cylindres-axes de calibre et de coloration habituels. Dans leur voisinage, il n'est pas rare de rencontrer d'autres tubes qui, quoique démyélinisés, possèdent encore des cylindres-axes nettement reconnaissables malgré un certain degré d'atrophie. La *substance grise* n'est représentée que par une toute petite portion de la corne antérieure gauche, dans laquelle s'aperçoivent quelques tubes myéliniques et 5 à 6 grandes cellules radiculaires ; ces cellules sont petites, presque totalement privées de leurs prolongements, avec des chromatophiles poussiéreux et peu abondants, avec un noyau souvent refoulé à la périphérie et présentant une membrane nucléaire plissée et mal colorée. A une petite distance de ce restant de substance grise, on distingue le *sillon médian-antérieur*, bien individualisé par ses larges dimensions et ses vaisseaux, artériels ou veineux, auprès desquels passent encore quelques fascicules radiculaires plus ou moins riches en fibres nerveuses.

Tous ces caractères histologiques (sclérose surtout névroglique et en pleine évolution; persistance de quelques îlots de tubes nerveux à la périphérie de la moelle ; conservation d'un peu de substance grise dans la corne antérieure gauche) permettent bien de penser que cette *moitié latérale gauche* de la moelle, au niveau de la 5° racine dorsale, est envahie par un processus lésionnel plus tardif et très vraisemblablement secondaire à la sclérose conjonctive inflammatoire rencontrée dans la moitié latérale droite.

Partout, *les méninges*, méninges molles et dure-mère, sont atteintes. Epaissies et fibreuses, souvent adhérentes à la moelle principalement en arrière et dans tout le côté gauche, elles contiennent, en assez grand nombre, des nodules inflammatoires de petites cellules rondes à gros noyau, et des vaisseaux altérés de diverses façons. Les artères présentent, comme dans la moelle,

une inflammation scléreuse de leurs tuniques externes; les veines sont très dilatées partout, au point de former dans l'épaisseur des méninges, des lacs souvent considérables est distendus par le sang, mais elles possèdent des parois suffisamment intactes.

Les *racines rachidiennes* ne sont plus représentées à droite que par quelques fascicules petits et peu riches en tubes nerveux; à gauche, au contraire, elles forment à la périphérie de la moelle 7 à 8 fascicules arrondis qui conservent un grand nombre de fibres intactes, surtout pour les fascicules radiculaires postérieurs.

B. *Coupes au niveau de la* 6e *racine dorsale*. — Les lésions ont sensiblement diminué d'intensité, tout en conservant les mêmes caractères généraux. La *sclérose conjonctive* n'occupe guère que la moitié latérale droite de la coupe; et même en avant, elle n'atteint pas complètement la périphérie de la moelle, dont elle est séparée par un tissu névroglique contenant encore un certain nombre de tubes nerveux. Les faisceaux conjonctifs de cette sclérose sont pour la plupart à direction longitudinale; partout ils apparaissent très denses, sans dégénérescence d'aucune sorte. Les masses pigmentaires et les nodules inflammatoires sont abondants surtout dans les zones postérieures.

Dans la moitié latérale gauche, se voit une *sclérose névroglique*, identique à celle signalée sur les coupes faites plus haut, mais moins accusée; surtout elle présente exceptionnellement les fascicules et tourbillons périvasculaires rencontrés dans les coupes précédentes. Les îlots des tubes nerveux conservés sont plus nombreux sur toute la périphérie de la moelle, et quelques-uns vont assez avant dans le cordon antéro-latéral. Toutefois, la presque totalité de la substance blanche continue à être démyélinisée comme précédemment. La substance grise est représentée simplement par quelques grandes cellules radiculaires, disséminées çà et là à travers le tissu de la corne antérieure; à ce niveau, les tubes nerveux sont très clairsemés, après coloration par la méthode de Weigert-Pal.

La *méningite* existe encore à un degré assez marqué. Les méninges molles sont épaisses, adhérentes à la moelle et à la dure-mère. Leurs nodules inflammatoires sont semés un peu partout. Les artérioles sont le siège d'une périartérite accusée, et les veinules apparaissent très dilatées.

C. *Coupes au niveau de la* 7e *racine dorsale*. — Les caractères de la lésion changent complètement. D'abord, les cordons postérieurs et les racines adjacentes se remplissent de fibres nerveuses, en même temps que les méninges redeviennent à peu près normales, bien qu'elles contiennent encore quelques nodules inflammatoires,

disséminés çà et là ; par contre les cornes de la substance grise ne sont représentées que par quelques éléments cellulaires assez altérés. Les cordons latéraux sont scléreux, surtout à droite ; d'ailleurs, toute la périphérie de la moelle dans son segment antéro-latéral est à peu près complètement démyélinisée, comme il arrive habituellement au voisinage d'un foyer destructif. Pour la première fois, le microscope montre des *cavités* et des lacunes placées, pour la plupart, dans la substance grise ; les grandes cavités n'ont pas de paroi névroglique appréciable, elles sont simplement entourées par les tubes nerveux plus ou moins enroulés et refoulés ; les petites sont souvent creusées au sein des masses névrogliques, plus ou moins denses répandues dans toute la moitié antérieure de la coupe : ces masses paraissant se raréfier par fonte progressive de leurs éléments, comme il arrive au cours de certaines scléroses névrogliques anciennes.

D. *Coupes au niveau de la 8e racine dorsale.* — La substance grise a repris sa configuration et sa structure habituelles ; les cellules des cornes antérieures, suffisamment nombreuses, ont un aspect normal à tous les points de vue. Les cordons postérieurs sont bien garnis de fibres nerveuses. Les cordons antéro-latéraux continuent à être dégénérés des deux côtés; à droite, le tissu scléreux, plus dense et plus rétractile, est de date certainement plus ancienne. Les racines rachidiennes postérieures sont à peu près normales. Les racines antérieures présentent encore beaucoup de fascicules vides de tubes nerveux.

E. *Coupes au niveau de la 3e dorsale.* — La moelle n'a certainement aucune lésion primitive. A signaler simplement : dans le cordon postérieur, la dégénérescence secondaire ascendante du cordon de Goll ; dans le cordon antéro-latéral, la dégénérescence également secondaire du faisceau cérébelleux direct, et la dégénérescence rétrograde des deux faisceaux pyramidaux croisés, nettement prédominante à droite.

En résumé le foyer principal de la moelle dorsale moyenne loin d'être simplement cicatriciel, présente tous les caractères d'une lésion inflammatoire de nature infectieuse. Il y a eu dans son développement deux périodes distinctes : la première, qui, très vraisemblablement, a succédé au traumatisme initial, a donné la sclérose conjonctive ; la seconde période a abouti à cette sclérose névroglique de la moitié gauche de la moelle, encore en pleine évolution.

Au-dessus et au-dessous de ce foyer principal les lésions précédentes ont continué à s'étendre, mais à une faible dis-

tance seulement. Le processus n'a pas atteint la huitième racine dorsale ; à ce niveau, la moelle ne présente plus aucune lésion primitive.

Il est intéressant de rapprocher de l'observation clinique du malade les constatations faites au laboratoire d'anatomie pathologique. En coordonnant leurs éléments, nous pouvons non seulement faire une adaptation de la physiologie expérimentale à tels ou tels faits de la pathologie humaine, mais nous pouvons faire de la véritable physiologie humaine. Seulement, comme ces données que la nature a fait passer sous nos yeux, sans notre collaboration, sont à peu près les seules dont la physiologie humaine puisse profiter, leur groupement, leur interprétation constituera comme une espèce de physiologie pathologique.

Un premier fait est à retenir dans cette histoire. Cet homme, frappé d'un coup de couteau qui a traversé la colonne vertébrale de part en part, y laissant un corps étranger volumineux et septique, cet homme n'a pas suppuré. Quelques jours après le traumatisme, la plaie se fermait, endormant, pour près de quatorze années, les germes infectieux dont elle venait d'être ensemencée. C'est la confirmation d'un fait connu depuis longtemps : Les blessures graves de la moelle épinière ne déterminent pas de myélité suppurée. La résistance du tissu nerveux à la suppuration est une sorte de privilège que les chirurgiens, opérant sur les nerfs périphériques, connaissent depuis longtemps. La façon dont s'est constituée la cicatrice autour du corps étranger, pourrait, si nous manquions des renseignements que nous avons recueillis de la bouche du malade, nous apprendre qu'il s'est agi là d'un travail de sclérose conjonctive sans réaction infectieuse. Les larges tractus fibreux qui doublent la cavité traumatique ont une structure qui contraste de la façon la plus nette, avec les productions franchement inflammatoires que l'infection a semées vers la fin de la vie dans tous les territoires voisins.

On peut se demander ensuite pourquoi les phénomènes spinaux se sont diffusés, immédiatement après le coup de couteau, sous forme d'une véritable paraplégie, de telle sorte que le syndrome de Brown-Séquard ne s'est constitué, ne s'est dégagé de la scène morbide qu'au bout d'un temps assez long. Des expériences de B. Sequard nous rendent

compte de ces phénomènes. Elles ont montré qu'une simple piqûre portant sur une des moitiés de la moelle équivaut, pour ce qui est des effets immédiatement observés, à une hémisection complète. Il n'est donc pas étonnant qu'une hémisection ait donné pendant quelques jours la symptomatologie d'une section transversale. Les constatations macroscopiques, l'analyse minutieuse des préparations, achèvent de confirmer ce que la physiologie nous permettait de prévoir. Nous avons trouvé tout le long de la moelle, dans la portion sous-jacente à la section, des traces d'une hémorrhagie qui s'est faite, au moment de la blessure, dans le canal rachidien. Les préparations microscopique nous ont montré au voisinage du foyer traumatique des granulations pigmentaires, vestiges, elles aussi, d'anciens foyers hémorrhagiques contemporains de la plaie. Ces hémorrhagies ont altéré la pureté des résultats expérimentaux obtenus par les physiologistes qui respectent les artères et arrêtent les épanchements sanguins. Les caillots ne s'arrêtent pas sur la ligne médiane, ils empiètent sur le côté opposé à la section : en résumé, ils ont déterminé dans le tissus médullaire des compressions dont l'action s'est ajoutée à celle de la lésion mécanique[1]. Nous comprenons maintenant que cette action se soit atténuée, finissant même, à mesure que la résorption se faisait, par disparaître, laissant émerger les phénomènes propres à la seule hémisection, c'est-à-dire le syndrome de B. Séquard.

L'amélioration beaucoup plus tardive, beaucoup plus lente aussi que nous avons pu constater dans les années qui ont suivi, est due certainement à d'autres causes qu'il convient de dégager, elles aussi. Lorsqu'en 1897, nous remarquons que la paraplégie s'est améliorée depuis 1893, le mécanisme qui a présidé à la rétrocession des phénomènes morbides ne peut plus être celui que nous précisions tout à l'heure. La restitution partielle de la fonction nous paraît être ici le résultat d'une suppléance qui s'est peu à peu établie au profit du côté lésé, par l'intermédiaire des fibres correspondantes du côté opposé.

[1] Cette compression a dû, suivant toute vraisemblance, être assez violente, s'exercer profondément, jusqu'à l'axe gris central, car c'est dans la substance grise péri-épendymaire que siègent les centres de la tonicité sphintérienne et nous savons que le malade a eu, dès le début, des troubles des réservoirs.

Nous avons vu que le faisceau pyramidal du côté droit était dégénéré au-dessous de sa section, ce qui explique la monoplégie motrice directe et l'exagération des réflexes allant jusqu'à l'opportunité de contracture. Les faisceaux postérieurs et les faisceaux cérébelleux directs ont présenté, comme c'est la loi, les caractères des dégénérations fasciculées dans les parties droites de la moelle situées au-dessus de la section.

Au début, tous les modes de sensibilité furent abolis, mais dans la suite, une sorte de dissociation se fit entre eux. En 1893, six ans après la blessure, nous constatons que l'anesthésie a fait place à la dysesthésie que nous avons décrite, tandis que la sensibilité thermique est revenue. Une suppléance fonctionnelle s'est donc faite au profit de cette sensibilité thermique, dont n'a pas bénéficié la sensibilité à la douleur. Les impressions qu'elles conduisent, l'une et l'autre, semblent donc ne pas suivre les mêmes voies dans la moelle.

Quant au sens musculaire, il était, lui aussi, revenu en partie, car la marche était devenue possible vers 1893, et celle-ci n'est compatible qu'avec une conservation, au moins partielle, de ce mode de sensibilité.

Nous n'avons point à insister sur les troubles trophiques, musculaires ou cutanés, qui s'expliquent suffisamment par l'étendue même de la lésion destructive initiale de même que par l'extension du travail phlegmasique originairement développé au voisinage immédiat de la plaie médullaire. L'escharre est apparue quelques jous seulement après l'accident, mais Charcot n'a-t-il pas trouvé de l'hypertrophie des cylindraxes et la prolifération des myélocytes au voisinage d'une plaie spinale vingt-quatre heures après l'accident.

Le fait le plus curieux à signaler, est incontestablement la tolérance du tissu nerveux pour le corps étranger implanté dans sa substance. Les altérations microscopiques démontrent ici avec la dernière évidence que c'est bien la section et non le travail phlegmasique qui l'a suivi, qui a commandé toute la symptomatologie. Les lésions systématiques de la moelle, les dégénérescences fasciculées, ont, au point de vue histologique. un tout autre aspect que les altérations infectieuses, franchement inflammatoires, qui ont marqué les dernières périodes de la vie et ont donné lieu à la symptomatologie complexe de la phase terminale qui est venu

altérer la pureté du syndrome de Brown-Séquard, demeuré pendant plusieurs années rigoureusement intact.

Les premières lésions sont constituées par une sclérose conjonctive, cicatricielle, à gros tractus, prenant largement les colorations, ne s'étendant qu'à une petite distance du foyer traumatique.

Les autres s'étalent à une plus grande distance dans la moelle. Le tissu qu'elles ont édifié est plus grêle, se colore plus finement, aboutit à une sclérose névroglique que la mort a surpris et fixé en pleine évolution. Leur pathogénie est facile. Les larges escharres qui se multipliaient le long du membre inférieur gauche, laissant de vastes ulcères en pleine suppuration, étaient autant de portes d'entrée expliquant la possibilité d'un ensemencement nouveau du vieux foyer cicatriciel médullaire endormi depuis près de quatorze ans. Une poussée aiguë infectieuse s'est faite autour du corps étranger, un véritable abcès qui s'est ouvert dans le service de médecine où se trouvait le malade, puis s'est cicatrisé. Mais, si de nouvelles collections purulentes ne se sont plus formées, la poussée inflammatoire, cette fois, a dépassé le foyer traumatique initial. Nous en avons la preuve dans la complexité des signes cliniques présentés dès cette époque par le malade, et dans les altérations histologiques dont la structure accuse la jeunesse et dont l'étude topographique démontre la diffusion. Ainsi s'est trouvé submergé dans la diversité des phénomènes résultant de cette myélite diffuse, le syndrome de Brown-Séquard qui s'était accusé pendant si longtemps avec la plus parfaite netteté.

Asile d'aliénés de la Roche-Guyon. — Sur la proposition de M. le Préfet, M. le président du Conseil, ministre de l'intérieur et des cultes, vient d'accorder une médaille d'honneur de l'assistance publique à M. et Mme Martineau, infirmiers à l'asile d'aliénés, chargés du quartier des *enfants arriérés et épileptiques*. Nos félicitations. (*La Démocratie vendéenne* du dimanche 15 novembre 1903).

CLINIQUE MENTALE

Hospice de Bicêtre. — SERVICE DU Dr J. SÉGLAS

Contribution à l'étude clinique des monologues chez les aliénés ;

Par DARCANNE, interne provisoire des hôpitaux.

Notre maître, le Dr Séglas, a montré dans son livre sur les « Troubles du langage chez les aliénés » combien l'étude de ces perturbations si fréquentes dans les diverses maladies mentales est précieuse et combien les renseignements que l'on en tire sont nombreux et importants, tant au point de vue du diagnostic que du pronostic.

Il est un trouble du langage qui semble n'avoir fixé qu'incidemment l'attention des cliniciens sans avoir fait l'objet d'études spéciales [1] et dont la connaissance peut souvent fournir des indications utiles pour le diagnostic et le pronostic des diverses maladies mentales. C'est le monologue.

Le monologue, en effet, en tant qu'il extériorise d'une façon automatique la pensée intime du malade, est un excellent moyen d'observation de son délire, de son état mental réel. On n'a plus à compter alors avec la méfiance, la dissi-

[1] Nous citerons cependant un intéressant travail de RAGGI. — *Sul soliloquio dei pazzi*; il manicomio, fasc 3, 1898. On trouve encore quelques indications sur cette question dans les travaux suivants:

KRAUSE. — *Ueber Zustände von Verwirtheit und Aufregung oder stupor in Beginnen und Verlaufe der chronischen Paranoïa*, in Monatsschrift für Psych. u Neur, Bd 1887. — L. VENTURI. — *I Discorsi dei pazzi*; *in Manicomio*, fasc. 1 et 2, 1893. — DE SANCTIS et MATTOLI. — *Primo. Contributo alla conoscenza della evoluzione dei delirii in rapporto specialmente agli indebolimenti psichici consecutivi, in Riv. quind. di psicologia.* fasc 13, 1898. — DE SANCTIS et VESPA. — *Contributo alla conoscenza del decorso dei psicosi e della evoluzione dei delirii in rapporto agli indebolimenti psichici secondari, in Riv. quind. di psicologia*, fasc. 1 et 2, 1899

mulation, les réticences du sujet ; avec les modifications qui résultent dans un dialogue de la fixation de l'attention, des suggestions involontaires, des questions posées. Dans certains cas même, comme par exemple l'étude des hallucinés, le monologue est un procédé d'observation des plus précieux. Celà ne veut nullement dire que le monologue puisse remplacer l'interrogatoire dialogué, mais il le précise et le complète, au même titre que l'étude des écrits.

D'un autre côté, le monologue ne se présente pas toujours de la même façon, avec les mêmes caractères. Ceux-ci varient en effet avec les formes morbides et aux différentes étapes de leur évolution, et leur connaissance peut ainsi devenir à l'occasion un élément de pronostic utile.

I. — Etude symptomatique

a) *Caractères extrinsèques.* — La grande majorité des aliénés monologuent. Chez certains le fait est évident. On les voit, en effet, parcourir le lieu où ils se trouvent en vociférant, d'autres fois en parlant tranquillement et de l'air le plus naturel du monde, accompagnant leurs discours de gestes plus ou moins appropriés. La présence d'une personne étrangère n'interrompt nullement leur monologue. Chez ceux-là le symptôme est facile à constater et à étudier. Ils parlent *haut, en public comme dans la solitude.*

Cependant certains individus se laissent, pour ainsi dire, intimider par la présence d'une personne quelconque et ne soliloquent *à voix haute* que lorsqu'ils sont *seuls.* Se croient-ils dans un lieu désert, dans un endroit où on ne peut les observer, ils commencent leurs discours. Si l'observateur, un instant caché, apparait brusquement, le monologueur s'arrête, parait quelque peu troublé ; mais il est facile de voir qu'il continue à extérioriser sa pensée par des paroles prononcées à voix basse et comme en se cachant. Plus l'observateur s'approche et plus la tonalité baisse.

Souvent même on pourrait croire que l'individu a cessé de soliloquer si le frémissement de ses lèvres ne venait le trahir. Dans certains cas même tout phénomène extérieur cesse ; mais on est autorisé à penser que le malade n'en continue pas moins son discours, soit qu'il accomplisse un mouvement stéréotypé qu'il associe généralement à tel mot

ou telle phrase connue, soit qu'il exécute des gestes mimiques de signification plus générale ou que l'on saisisse dans les réactions mobiles de sa physionomie des traces d'expressions variées, trahissant la suppléance du langage articulé par le langage mimique et la persistance du monologue intérieur. Si l'observateur se retire, l'aliéné reprend son monologue à voix haute.

Certains malades, qui ont l'habitude de parler seuls à voix haute, le font seulement en présence de personnes avec lesquelles ils vivent communément (malades, infirmiers); mais dès qu'un visiteur les approche, ils se taisent ou parlent plus bas, il faut même beaucoup de temps à certains aliénés pour s'habituer à la présence de telle ou telle personne; c'est ainsi que certains malades, qui m'ont vu dans le service depuis une année entière, se taisent dès que je veux les approcher pour prêter l'oreille à leurs discours.

D'aucuns mêmes sont influencés par *le lieu* où ils se trouvent; tel malade monologue avec énergie, à voix haute lorsqu'il se trouve dans la salle, et se tait ou du moins parle à voix très basse, s'il se promène dans la cour. Il en est d'autres qui parlent constamment à voix basse, qu'ils soient seuls ou entourés de personnes étrangères.

Ces deux types de soliloques *à voix haute et à voix basse* peuvent se transformer l'un en l'autre, c'est-à-dire qu'un aliéné peut à certains moments de la journée parler à voix haute, à d'autres moments à voix basse sans qu'aucune condition extérieur ait changé, soit peut-être que le chuchottement ne résulte que de la fatigue de l'organe vocal, soit, au contraire, qu'un état émotionnel transitoire plus profond, une excitation intellectuelle plus grande provoque la reprise du monologue à voix haute.

Ce caractère du monologue d'avoir lieu à voix haute ou basse est donc assez variable chez le même individu. — Néanmoins on peut dire d'une façon générale que certains aliénés soliloquent à voix haute tandis que d'autres monologuent à voix basse, dans leur milieu ordinaire, en présence des mêmes personnes et en dehors de toute émotion ou phase d'excitation.

Le second caractère du monologue, à savoir celui d'être fait en public ou dans la solitude paraît être moins variable que le précédent pour un même individu. Tel aliéné, tel

paralytique général, parle en public à voix haute, sans se laisser intimider par la présence de n'importe quelle personne. Tel persécuté se cache avec soin, même des individus qui l'approchent chaque jour, pour répondre à ses hallucinations. D'autres aliénés parlent à voix basse, mais seulement lorsqu'ils sont seuls et se distinguent des précédents par ce fait qu'ils ne parlent en public ni à voix haute ni à voix basse. Enfin sous le coup d'une émotion puissante, d'une hallucination intense, il arrive que certains malades, qui, d'ordinaire ne monologuent jamais, se prennent à déclamer à voix haute quelques phrases, quelques mots de protestation.

Nous sommes là sur la limite du fait normal et du fait pathologique, sur cette frontière si difficile à délimiter de façon précise. En effet n'arrive-t-il pas à l'homme le plus normal de prononcer un mot, une phrase à voix haute à la suite d'une frayeur subite, d'une émotion puissante, sous le coup d'une préoccupation dominante et exclusive.

Parmi les aliénés monologueurs, les uns parlent continuellement, d'autres à certains instants seulement de la journée.

Les premiers sont des gens qui sont sous le coup d'une excitation intellectuelle ou émotionnelle plus ou moins durable mais intense. Ils monologuent sans trêve, le jour sans prendre à peine un instant de repos, au moment des repas et aussi la nuit dans l'insomnie qui résulte de leur état maladif.

Ces états sont, en général, aigus et, par conséquent, durent peu ; plus ou moins rapidement l'individu cesse tout monologue, ou bien ne parle plus que de temps en temps.

A côté de ces monologues *diurnes et nocturnes*, il y a des monologues ou *diurnes* ou *nocturnes*.

Le monologue seulement nocturne est très rare ; il est, en tout cas, beaucoup plus difficile à observer. Au contraire le nombre d'aliénés qui ne soliloquent que pendant la journée est très considérable. Ceux-ci, en général, ne parlent que de temps en temps et non d'une façon continue, et, le soir, le sommeil vient en général mettre fin à leurs discours plus ou moins incohérents. Un autre caractère plus général du monologue est d'être *intermittent* ou *habituel*, caractères qui se définissent d'eux-mêmes.

Enfin tandis que certains aliénés accompagnent et soulignent leurs discours d'une *mimique* quelconque, des plus expressives, d'autres semblent psalmodier une complainte monotone et paraissent indifférents à leurs propres paroles : ils se promènent machinalement dans la cour en répétant quelques phrases, souvent les mêmes, d'une voix monotone ; rien sur leur visage ne trahit la moindre émotion, ils semblent répéter une phrase dont ils ont perdu le sens ; leur mimique est nulle, leur œil terne est sans mobilité, les gestes absents ; ce sont le plus souvent des déments complets.

D'autres, au contraire, accompagnent leur monologue de gestes bien appropriés, leur physionomie exprime tour à tour la colère, la frayeur, le dédain, l'attention, etc., et leur mimique est en parfaite harmonie avec leur langage. Certains semblent, pour ainsi dire, l'exagération des précédents, mais la mobilité extrême de leur physionomie, leur gesticulation désordonnée sont plutôt le fait d'un état d'excitation psycho-motrice connexe que les correspondants mimiques réels de leur langage.

Ajoutons que certains malades avouent leur habitude de monologueur et l'expliquent par une raison quelconque, tandis que d'autres ne peuvent en donner la raison et ne semblent pas même se rendre compte de cette bizarrerie.

Mais n'oublions pas que toute une catégorie de malades, surtout les persécutés, se cachent avec le plus grand soin pour soliloquer, et, pris sur le fait, n'avouent pas et prétendent ou n'avoir pas parlé ou n'avoir fait que répondre à des interlocuteurs présents ou imaginaires.

Certaines conditions influent sur la fréquence et le caractère des monologues, notamment le changement de milieu, de certaines habitudes particulières qui amènent une pertubation plus ou moins sensible, plus ou moins durable sur les caractères extrinsèques ou intrinsèques des monologues.

Nous venons d'étudier brièvement les caractères objectifs du monologue en général et nous avons vu que le monologue peut être habituel ou intermittent, diurne ou nocturne ou les deux à la fois, qu'il peut se produire dans la solitude ou en public, à voix haute ou basse, avec ou sans réactions mimiques.

b) *Caractères intrinsèques.* — En dehors de ces caractères objectifs, extrinsèques, de forme, il y a lieu d'étudier les caractères, de fond, intrinsèques. C'est ainsi que le monologue peut être suivi ou incohérent, logique ou dyslogique.

Les monologues suivis sont beaucoup plus rares que les incohérents, car on les rencontre surtout (mais non exclusivement) chez les délirants systématiques qui monologuent peu, ou du moins ne le font souvent que lorsqu'ils ne se sentent pas observés. Là le malade poursuit et exprime une idée nette et suivie en rapport avec tel ou tel épisode de son système délirant. En voici un exemple :

« On me manque de respect de toutes les manières. Je ne veux plus de M. Drumont qui m'insulte constamment. Il m'insulte la nuit, le jour ; je ne veux plus de cela. Je sais bien pourquoi il m'insulte, c'est parce qu'il est l'homme de confiance de l'archevêque. Il voudrait aussi abuser de moi. Il voudrait faire des cochonneries, m'insulter avec ses organes sexuels. Mais j'en ai assez et je dis qu'un homme ne peut jouer le rôle d'une femme.

« La pédérastie est le crime qui déshonore le plus l'espèce humaine. C'est dégoûtant que les hommes se conduisent en femmes, que des hommes changent de sexe. Cela n'est pas permis. De même qu'un homme ne doit pas s'habiller de vêtements de femme, de même il ne doit pas se comporter avec ses organes sexuels comme la femme s'y comporte. Voilà ce que ceux qui m'insultent voudraient me faire subir, mais, je ne veux pas. »

Mais bien plus souvent le monologue est décousu, incohérent. L'aliéné passe brusquement d'une idée à une autre, sans transition apparente. Parfois il est possible de surprendre le mécanisme de ce décousu de son langage, idéorrhée, assonnances, etc. Mais dans bien des cas, la pensée du malade paraît passer d'une idée à une autre sans qu'il y ait aucun lien entre les deux : il ne paraît plus capable de faire des phrases suivies. Comme exemple de monologue décousu on peut citer le suivant pris chez un dément paranoïde :

« Je n'ai pas d'enfants. Ça ne peut pas travailler. Quand vous aurez des petites factures, vous n'aurez plus de petites bouteilles. A Dieu l'évêque. — Pont-l'Evêque. A Dieu tout. — Quand j'ai un œuf dans ma poche je ne peux pas fumer.

« Voilà un anglais, il sait limer, il sait plaquer la lime. — Je suis blond couleur des cheveux, le père Merlin vous a donné des eaux d'Israël et un gobelet d'argent. — Quand on a écrit, c'est du

crayon, une mine de crayon, une mine d'Anzin. — Quand ils avaient de l'argent ils vendaient de l'eau-de-vie de marc. Il faut être ou ne plus manger ce qu'on a, de la morue. — 4 et 4 = 8, 8 et 8, 16, 16 et 16, 86, 86 et 86, 106, le 106e de ligne, il n'y a plus de contrôle.

« Un doigt joue. Il a été gagné parce qu'il a été bossu et qu'il y a égalité de la terre. — J'ai les pupilles dilatées parce que j'ai un œil ouvert par le jour. C'est un œuf craquelé qu'elle a dans une baraque, il ne faut pas lui voler. »

« Ne travaillez pas avec un youpin. C'est trop voleur, il vous volera à la toupie. C'est voleur de protocole et de vinicole. Quand j'ai un œuf dans ma poche je ne peux plus fumer. Je suis mercier et je lime toute la journée. »

Parfois l'incohérence est telle que le monologue n'a plus aucun sens. C'est une suite de mots ne formant même pas des phrases isolées.

Tel est le monologue favori de M..... paralytique général avancé :

« Tout Paris et puis les fils, — le téléphone ; — tabac et tout Paris. — Plaque d'or et je travaille. — Je suis jeune et tout Paris.

« Deux yeux et puis pas de pantalon et puis deux yeux qui passent. — Tu passes Congo et puis Paris. Congo passe et puis lanie (Mélanie) tu fais là Congo, ma chemise, mon pied — mon pied d'or, mes deux pieds d'or, — deux boutons, puis quatre boutons. »

Il est une forme de monologue qui mérite aussi une mention spéciale, ce sont les monologues *dialogués*, sorte de conversation dans laquelle le malade fait à la fois demandes et réponses. Parfois même le malade change de registre pour répondre à la demande qu'il vient de faire. Il emploie tel ton pour la demande, tel ton pour la réponse. Tel est par exemple D..... dément précoce à forme paranoïde, avec cette différence toufefois qu'il parle toujours de la même voix monotone :

« Je désirerais avoir du papier, Monsieur. — Bien, merci, Monsieur. — Eh bien, que faut-il encore ? — Ce que vous voudrez. — Je me mets au rang des personnes du pays... Merci, Monsieur. Je me mets au service du service du sergent Douai, décapité à Paris. — Je suis mal habillé. Je me présente ainsi. — *Parlez-moi donc un peu. — Je n'ai rien à vous dire, Monsieur*... Ah... ah, j'ai rigolé, comment t'appelles-tu ? Marie-Rose. — Ah, ah, Marie-Rose. »

II. — Etude psychologique

D'une façon générale, le monologue est une manifestation de l'automatisme psychologique. Le fait est trop évident pour qu'il soit utile d'y insister. Mais le monologue n'est en fait qu'une résultante et si l'on étudie les cas particuliers on voit qu'il peut se rattacher immédiatement à des phénomènes psychologiques assez différents les uns des autres. Parfois il résulte d'une *idée fixe prépondérante* dominant à tout instant l'esprit du malade.

B... est un ancien persécuté systématique chez lequel dominent actuellement des idées de grandeur. Il a fait des inventions, des découvertes qu'on veut lui voler. Il reste sombre, préoccupé, se place dans le même endroit et de temps en temps s'écrie : « Brigands, assassins, graine d'assistance, vous ne les aurez pas mes découvertes, je les garde, je les tiens. Voleurs, assassins. »

Dans d'autres cas, c'est un *état émotionnel* intense qui provoque le monologue.

G... est un mélancolique anxieux, presque panophobique, qui croit avoir la syphilis et s'attend à tout instant à être puni pour ce « crime ». Il marche incessamment, pelotonné sur lui-même, l'œil inquiet, parlant à haute voix de temps en temps :

« Ah, misérable, malheureux, quel crime!!... Cela mérite cent fois la mort... Quels supplices me sont réservés? J'avais une belle intelligence; je suis possédé... Quel crime!... l'Enfer!!... »

Parfois c'est l'*idéorrhée*, l'association rapide et tumultueuse des idées qui préside à la naissance du soliloque. En voici un exemple :

« Ça vaut des millions, ça. — La France n'en a jamais vu. — C'est les mac. Ils sont dans leur toit. Il faut envoyer des soldats ou des fusils. Ce n'est pas la France. — Est-ce le 1er décembre? Eh bien, c'est le 1er janvier. — Et les mois sont de quinze jours. C'est moi, Dieu, demain dictateur. — Alors vive la France et voilà pour le roi. — Et vous allez voir la guerre. — Moi, je ne vais plus vous quitter. C'est moi le roi, le roi d'Allemagne. »

Il chante : — « Ah, la belle Lucie, voilà six mois que je ne mange pas. Je suis encore en jockey. Je ne gagne pas. — Vous avez gagné. Il n'y a que des voleurs en France et moi je n'ai pas joué. »

« *Il chante :* « Tout le monde vous salue, vous êtes sauvé. Ah. Ah! Ah ! je vais rigoler. La guerre avec de l'eau du ciel. »

« Moi, j'ai quarante ans et toutes mes dents ; — le fils de Gambetta. — Je suis jeune. — J'ai dix-sept ans. — Vous ne me reconnaissez pas ; j'ai fait couper mes cheveux. Je n'ai pas la gale : si!... c'est le prince de Galles qui me l'a donnée ; je vais me laver et je ne l'aurai plus.

« Le prince de Galles a la gale. — Il y a des trous pour le prince de Galles. »

Dans certains cas le malade monologue pour répondre à des *hallucinations*. C'est en somme un dialogue mais dont on n'entend qu'une partie.

On peut voir alors le monologueur, généralement un persécuté, prêter l'oreille, s'incliner pour mieux entendre, en même temps que son visage trahit une émotion souvent puissante. Parfois il maîtrise sa colère et ne répond qu'intérieurement ou à voix basse. Mais de temps en temps et tout à coup, il ne tient plus compte des gens qui l'entourent, invective ses ennemis avec la plus grande véhémence.

Tel est le cas de S..., persécuté mégalomane, très halluciné et sur la voie de la démence :

« Brigands, masturbateurs, quand aurez-vous fini ? Vous voudriez m'usurper mes titres, mes conquêtes du sang... mais je suis l'empereur, le grand César... Je vous tuerai, je vous exterminerai...

« *Vous me téléphonez :* ne fume pas, le tabac n'est pas bon... Si je ne me retenais, je vous étranglerais. »

D..., paralytique général est un aliéné fervent du monologue. Il soliloque à voix haute, fait des gestes larges et impérieux, en se tournant constamment du côté de la tour Eiffel qu'il aperçoit à l'horizon. Il s'imagine que là-haut siègent ses ministres (il se croit président, préfet de police) et qu'il correspond avec eux.

Pour se faire comprendre de ses subordonnés, il emploie différents moyens : ou bien il fait des gestes, ou bien il écrit dans l'espace et plus souvent il parle à voix très haute. Chez lui il est très facile de s'apercevoir qu'il dialogue, car souvent il s'arrête, écoute et répond affirmativement ou négativement. Voici un exemple de ses monologues :

« Mme ..., impératrice de Russie. J'ai un pouvoir de Waldeck-Rousseau ; — Ordre impérial et du maréchal des logis. — « Apportez un bulletin blanc au bureau et fournir un médecin pour les colonnes pour le personnel à droite et à gauche. »

Il prête l'oreille et dit :

« Entrez, entrez, l'artillerie, Augustine, fais-moi entrer l'artillerie un peu... Entrez dans la préfecture. »

Il écoute :

— Oui, il y a un médecin ici.

Il écoute encore :

— Oui, j'ai les voitures de médecine ici.

Il écrit dans l'espace, regarde, fait de grands gestes, salue, prête l'oreille :

« Ah ! il ne peut pas ; — je suis consigné. »

Dans les cas précédents il s'agit d'hallucinations sensorielles, mais on peut trouver à l'origine du monologue des phénomènes de même ordre de caractère moteur, hallucinations verbales motrices et surtout impulsions verbales.

Tel est le cas de L..., tabétique délirant avec idées de persécution. — Il parle intérieurement « des mots lui sortent de la bouche sans qu'il puisse les arrêter ». — S'il lit son journal, il se plaint qu'on le lise plus vite que lui. — Les mots sont prononcés trop vite, il ne comprend plus. Il marmotte constamment (il chante, comme il dit) et voici un exemple de ce que ses hallucinations lui font prononcer :

« L'oncle Filoche est une crapulerie, Mme Filoche est une honnête femme. Tous les Filoches sont des honnêtes gens. Le petit Pageux (c'est lui) est une crapulerie aussi tout de même. »

Cela l'ennuie beaucoup de chanter toujours la même chanson, aussi a-t-il imaginé une manière de chasser ses hallucinations, il répète constamment « Kaskow, colonie du Cap ».

Cela les empêche de le faire chanter.

On peut rapprocher de ces cas ceux des monologues à forme dialoguée dans lesquelles une des deux parties restant consciente, l'autre revêt la forme de la parole involontaire et inconsciente qui est pour le langage parlé l'analogue de l'écriture automatique. Notre maître M. Séglas en a rapporté dans ses « Leçons cliniques » un bel exemple :

« Inconsciente. — Mme Dubois.

« Consciente. — Je ne la connais pas, je suis de la campagne.

« Inc. — Saint Thomas est blanc comme un mort.

« Cons. — Un saint qui m'est apparu.

« Inc. — Il sait te comprendre.

« Cons. — Je ne comprends pas, je ne puis parler.

« I. — Elle est prêtre cette fille.

« C. — Moi je ne sais que dire.

« I. — A jeter au fumier.

« C. — Je suis innocente... J'ai peur que ces francs-maçons ne me fassent du mal.

« De ces phrases, les unes sont seules conscientes. « C'est moi qui dis cela », déclare la malade, lorsqu'on l'interroge au moment même à ce sujet. Les autres, elle les a entendues, mais elle nie énergiquement les avoir prononcées, bien qu'elle se soit exprimée à haute voix. »

C'est encore à la même origine qu'on doit rapporter le monologue de ces agités en proie à une loquacité intarissable et incohérente et qui ne cessent de vociférer sans pouvoir s'arrêter, entrainés par une sorte d'impulsion irrésistible (*Zwangsreden*).

« Hélas, disait à Max Simon, une de ses malades, je suis brisée, j'ai crié toute la matinée, je n'en puis plus ! — Pourquoi donc criez-vous ainsi ? Cela vous fait mal. — Hélas, c'est plus fort que moi, ça me vient, il faut que je crie; je vais vite manger parce qu'il faudra que je recommence. »

La verbigération des catatoniques en période d'excitation reconnaît peut-être aussi la même origine (Kahlbaüm).

L'énumération précédente nous a montré les rapports de plus en plus divers du monologue avec l'automatisme psychologique. Dans les derniers faits même, nous l'avons vu se manifester en correspondance avec des faits de dissociation de la personnalité ; mais il est des cas encore plus caractérisés dans lesquels il se présente comme une émanation directe de l'automatisme et de la désagrégation psychique, comme un *phénomène subconscient*. Tels sont les monologues que l'on observe dans les états délirants à forme de rêve, dans les somnambulismes hystériques, la période délirante des attaques hystériques ou des accès épileptiques, la confusion mentale, etc.

Dans les attaques d'hystérie, plus souvent dans les grands accès, les monologues sont fréquents.

« Je vous l'avais bien dit, tous les médecins sont des idiots. P..., G... ne sont que des imbéciles, je les connais bien... je meurs, je meurs... »

Les épileptiques soliloquent parfois aussi, quoique le fait soit plus rare. Généralement c'est à la suite d'une crise, d'un

vertige qu'on les voit monologuer ; ils le font le plus souvent avec véhémence, énergie, violence même.

Témoin ce malade épileptique cité par Kraft Ebing, qui délirait constamment après ses accès :

« Me voilà mort ! «

Et un autre jour :

« Je n'ai jamais assassiné personne, j'ai folichonné. — Maison de fous. — Je n'ai jamais été Dieu ni empereur, ni Satan, je me suis fait passer pour le Christ, en effet c'est moi qui suis le Christ avec la couronne d'épines, car je n'ai jamais été faux monnayeur et je n'ai jamais volé 30 kreutzer. »

Généralement le monologue de l'épilepsie est court ; c'est le plus souvent une insulte que le malade profère après sa crise. Un des malades de notre service dit constamment après ses crises : « m....., cochon ». Dans d'autres cas le monologue remplace l'accès épileptique. C'est un équivalent. Dans ce cas le discours peut être plus prolongé.

« Catherine d'Ecosse, avez-vous déjà réuni vos preux chevaliers ? Nous allons les faire partir. Rassemblez votre petite troupe, Catherine mon épouse. Partons ensemble le jour de notre mariage dussions-nous renoncer au plaisir qui appartient à ce jour de grand bonheur... Qui oserait répandre le sang d'un roi ? Ralliez-vous ! C'est triste d'être troublé le plus beau jour de sa vie... »

Enfin l'épileptique en état de démence ou de déchéance complète monologue aussi et son discours est incohérent, décousu, illogique.

Certains malades atteints de confusion mentale se mettent aussi à monologuer ; ces cas sont rares mais méritent d'être signalés. Leur délire est calme, tranquille ; ils parlent à voix basse, souvent marmottent entre leurs dents des mots plus ou moins compréhensibles. Il est rare d'avoir un monologue suivi. Dans une leçon du Dr Seglas, on en trouve un bel exemple :

« Je t'aime... tu es mon Paul, mon bijou... oui mon enfant... ne bois pas... le poison... la voiture... manger... le duc de Clermont-Tonnerre... suis-je morte... je suis ta femme... je ne veux pas que tu le croies... non, je ne le mettrai pas... tu es un ambitieux... pas toi, l'autre... viens Lucien... des robes... sur le banc. »

Très souvent, et c'est peut-être le cas le plus fréquent, le monologue a son point de départ immédiat dans l'*affai-*

blissement plus ou moins prononcé des facultés intellectuelles.

Tel est le cas de T..., dément paranoïde qui ne cesse de se livrer en se promenant dans la cour, à un monologue des plus décousus :

« Vous porterez pince-nez, M. Bonse. Il est très âgé. Dans le temps il est venu dans le bureau, au mois de février 1901, 5e trimestre, à l'inspection sanitaire. Le 28 il n'y a que 28 jours du 1er au 5. Il y a à faire le journal et à apprendre la grammaire. M. Thaon doit y habiter. Etant sur le boulevard on voit toute la façade. Je croyais que c'était par le boulevard Montebello, la rue des Postes. — Jules Gaston comparait en justice pour instruction de son affaire. — N'est-il pas médecin à Sainte-Eugénie ? »

C'est en pareille circonstance que l'on observe les monologues en rapport avec les *stéréotypies*, veritables stéréotypies verbales et dont nous avons rapporté un exemple.

En voici un autre : B..., malade du service, se promène lentement en tournoyant sur lui-même et répétant d'un ton monotone les quelques phrases suivantes :

« Ah ! mes wagons, mes beaux wagons. — Voici les bagages... mes wagons — mes beaux wagons !... »

C'est là aussi que l'on rencontre les monologues qui se produisent comme une manifestation de ce que l'on a appelé le *langage réflexe* (Robertson). On sait qu'en ce dernier cas, le malade parle, émet des idées généralement très banales ; elles paraissent non dépourvues de sens et cependant derrière elles il n'y a rien. Le malade n'a pas pensé, n'a rien élaboré. C'est le cas de ces personnes qni, vous abordant, disent : « Bonjour Monsieur, comment allez-vous, très bien et vous » d'un seul trait, sans attendre la réponse. Ce phénomène, étendu aux phrases de la conversation usuelle, se trouve souvent chez les aliénés. Ils parlent le langage reflexe mais aucune idée ne correspond à leurs paroles.

A..., dément sénile, nous aborde ainsi :

« Bonjour, mon cher docteur, comme je suis satisfait de vous voir, oh, oui, je suis bien satisfait de vous voir — je suis bien heureux — le temps est beau — jeudi prochain mes gens viennent me voir. — Je m'amuse, j'écris, je travaille bien. — Je suis ancien plombier, j'ai fait bien des tuyaux à gaz. Je suis bien satisfait de vous voir. — Je voudrais vous demander un petit service. — Prenez-moi donc cette petite lettre, je suis satisfait de vous voir... »

On peut remarquer que les mêmes phrases reviennent constamment, que les mêmes mots sont employés. D'ailleurs son monologue ne varie jamais et chaque jour il parle du bonheur qu'il éprouve à nous voir, de son métier de plombier, de sa petite lettre.

Dans le même ordre d'idées figureraient encore les monologues par *écholalie*.

Dans ce cas les malades ne répètent que les mots entendus, tels M....., paralytique général, qui, entendant les mots : « il fait beau temps » les répétera presque indéfiniment comme un refrain monotone.

Dans d'autres faits plus curieux, la parole entendue, tel ou tel fait qui se passe devant les yeux du sujet devient, le point de départ d'un monologue qui l'amplifie et le développe.

Ainsi Mai..., imbécile, monologue, lorsqu'il voit l'interne de service gaver quelques malades, dit à voix haute :

« Donnez-lui la sonde (si l'on a dit donnez-moi la sonde), on lui donne la sonde, ah, ah, il a la sonde. — Allez ouvrez la bouche — il dit d'ouvrir la bouche. — Mais il ne veut pas — ah, ah ! on y arrivera, il l'aura la sonde et malgré lui. — J'aime voir cela, mais tiens voilà la surveillante, qu'est-ce qu'elle vient faire là. — Je ne sais pas, etc... »

Comme on le voit tout le fond de ce monologue est pris dans des faits extérieurs. Le malade communique ses impressions, parle de ce qu'il entend, de ce qu'il voit. C'est là un fait assez rare, car les autres monologueurs puisent surtout leurs soliloques dans des faits de la vie intérieure de leur vie délirante.

Il arrive souvent et c'est même le cas le plus fréquent que ces différentes conditions psychologiques du monologue n'existent pas à l'état isolé, mais s'associent, pour le produire, les unes aux autres et des façons les plus diverses.

Tel est par exemple le cas de F..., malade en état de démence alcoolique avec excitation constante et idées de grandeur prédominantes, et qui monologue sous l'influence de ces trois facteurs :

« Tu veux être le prince impérial. — Lâche, fainéant ; c'est moi le prince impérial, le roi des rois. — Grand voleur, je te tuerai. — Tu m'obéiras. — Vois-tu *ma* physique, grand lâche. — C'est moi Léon XIII. — Je suis la Vierge Marie. — Tu es envoyé par la belle Eugénie. — Je ne peux pas me retenir quand je vois ça.

« Je suis le père Eternel, le roi Aria... Il marchera et sera nommé empereur, roi... Je suis le père Eternel. »

III. — Valeur séméiologique

L'existence du monologue ne peut servir au diagnostic de l'aliénation puisque le monologue se rencontre même chez des gens bien portants, où il n'a d'autre signification que d'être une forme anormale du langage.

L'existence pure et simple du monologue ne peut non plus servir au diagnostic de telle ou telle forme d'aliénation, car on peut poser en principe qu'il n'y a pas un seul aliéné qui ne monologue à son heure. Néanmoins on peut tirer de l'étude du monologue quelques renseignements utiles surtout si l'on envisage sa fréquence relative.

Il nous est très difficile, en raison des conditions d'observation où nous avons été placé, d'établir une statistique précise à cet égard. Nous dirons seulement d'une façon générale que nous avons noté le monologue plus fréquemment dans les formes chroniques que dans les formes aiguës de l'aliénation mentale.

Que dans les formes chroniques, il nous a paru se montrer surtout dans les états de démence et dans les délires systématisés chroniques, mais tout particulièrement dans les états désignés sous le nom de délires systématisés secondaires : fait qui n'a rien d'étonnant si l'on se rappelle que pour beaucoup d'auteurs ces états correspondent à une affection chronique en marche vers la démence.

Il faut donc étudier les caractères du monologue et ce n'est qu'ainsi qu'on pourra tirer à l'occasion quelques indications utiles : 1° au diagnostic ; 2° au pronostic.

Les indications diagnostiques sont surtout tirées des caracteres intrinsèques, par exemple du contenu.

« Je suis le grand empereur, le prince impérial, le roi des rois. Je suis Léon XIII. — J'ai trouvé la gerbe d'or; — je possède la malle des Indes. — Je suis la Vierge Marie, la princesse Wilhelmine, Edouard Ier. — Je communique avec le firmament. — Je suis le créateur du ciel et de la terre. »

Non seulement ce monologue révèle des idées de grandeur, mais l'absurdité même de ces idées dénote un fonds de démence et peut faire soupçonner la paralysie générale.

Nous avons déjà dit d'ailleurs au début que le monologue

est encore le moyen le plus sûr de connaître le caractère, la forme et la couleur d'un délire ; parce que le malade ne subit pas les suggestions d'un interrogatoire, parce qu'il ne dissimule pas comme il le fait quelquefois son délire par suite de tous les motifs connus qui le rendent réticent. Il est même certains malades qui gardent un mutisme obstiné lorsqu'on les interroge et dont le monologue seul révèle les pensées. Tels sont par exemple les catatoniques négativistes.

En voici un exemple recueilli chez un dément catatonique. Le plus généralement muet lorsqu'on l'interpelle directement, il a en revanche l'habitude de monologuer lorsqu'il est abandonné à lui-même et son discours est accompagné de gestes extraordinaires. Tous les muscles de sa face entrent en contraction, il secoue la tête de tous côtés, il ressemble à un individu atteint de chorée :

« Bravo, P... Bravo, P..., ah, ce qu'il vous les tue ! ah, ce qu'il vous les douche ! Bravo, P... Bravo, P... — Le prince d'Orléans et le prince Victor ne viendront pas, il n'y a que toi P... qui peut les vaincre... Bravo, bravo, P... »

A signaler que ce malade ne monologue que lorsqu'il se croit seul ou lorsque un evènement extraordinaire se passe devant lui, par exemple l'arrivée de plusieurs personnes inconnues de lui.

D'autres indications utiles au diagnostic peuvent découler du caractère logique ou décousu des monologues. La logique est surtout en rapport avec les délires systématiques, le décousu avec les états d'excitation générale ou de démence. Si décousu qu'il soit, le monologue d'un excité n'atteint jamais l'incohérence de celui d'un dément. L'incohérence y est due surtout au tumulte des idées dont les liens d'association échappent mais peuvent être reconstitués. Le langage est elliptique.

Au contraire le décousu du monologue du dément traduit non plus le tumulte mais la pauvreté des idées, la monotonie, le rabâchage, l'absurdité.

Parmi les monologues démentiels il faut faire une place à part à ceux des déments précoces dans lesquels on retrouve ce que l'on a appelé le *Wortsalat*.

Tel est Li..., atteint de démence précoce :

« Il fait bon ici. — La capacité ultérieure, les hospices sont pleins devant la capacité dictatoriale.

« Le régiment, il y a un accident ; il faut débarrasser de suite la qualité. Je n'ai jamais été soldat. Je ne veux pas que l'on me sonne

dans l'air... — Je suis tombé dans un cyclone de poussière. — J'ai des affaires, mais il commence à être atroce, d'atrocité. — On prend l'apologie des uns, l'apologie des autres; on finit par être trompé malgré soi. — La chimie se trouve tout seul. Celui qui l'a l'ordonne comme ici ça se passe. — Pendant que certains gagnent de l'argent, ça se distribue journellement. — J'ai passé la visite. — Vous êtes malade, ici là en première catégorie, vous auscultez, entrez sans frapper; voilà... Je dis cela car je suis malade. — On a besoin de respirer, on crache le sang, on n'est pas le malade... on l'est malade, mais on ne le croit pas. — La force physique, l'état nerveux; l'être n'a pas d'autre chose que l'acte chimique. Il est fertile d'immensité de droit major, par la vanité, l'orgueil... ça ne va pas... c'est malheureux qu'on ne peut plus faire un pas sans parler de guerre. »

L'étude du monologue dans son contenu peut être encore utile à la connaissance de certains symptômes particuliers tels que les hallucinations.

« Ah voleurs, tas de cochons, assassins, je vous aurai. Je vous couperai le cou. — Lâches, bandits, vous m'*électrisez le front* parce que je suis le grand empereur César Ier, Louis XIV, XV, Jupiter, Mars; on le verra l'ancien ouvrier horloger, il étranglera tous les internes en médecine, m'avoir fait supporter ce que j'ai supporté, des tortures semblables. »

Cet exemple nous indique l'existence d'hallucinations de la sensibilité générale. Nous avons vu d'autre part qu'on peut être mis de la même façon sur la piste d'hallucinations auditives ou motrices verbales, d'impulsions verbales, de troubles spéciaux de la conscience, de manifestations du langage réflexe.

IV. — Valeur pronostique

La valeur pronotiqne du monologue est encore plus considérable et résulte aussi de l'examen de ses caractères : 1° intrinsèques ; 2° psychologiques ; 3° extrinsèques.

a) Parmi les *indications pronostiques tirées des caractères intrinsèques*, il convient de parler d'abord du contenu du monologue. L'importance de cette donnée résulte de l'examen même d'un malade à différentes étapes de son affection.

En voici un exemple pris chez un mélancolique (forme délirante), homme instruit, dont la préoccupation unique était la

crainte d'avoir la syphilis et de la transmettre au genre humain entier.

Au début, il ne manifestait ses craintes que par des questions intermittentes raisonnables en elles-mêmes, mais dénotant des inquiétudes peu justifiées.

Au bout d'un certain temps, il arrive à une période de délire systématique secondaire avec idées d'auto-accusation, de négation, d'énormité.

Voici à cette période un de ses monologues :

« Avez-vous jamais vu une vérole aussi épouvantable ! Avez-vous jamais lu dans l'histoire un malheur aussi grand, aussi atroce... Le monde entier qui va périr ! Ces belles populations, ces belles campagnes, ces beaux enfants, tout cela va être contaminé, englouti, à jamais perdu. — Suis-je assez gredin, docteur ? Ah, si j'avais su, j'aurais soigné cette vérole, j'aurais pris mon petit mercure ; mais, c'est fini, ma vérole revient pour la troisième fois. — Le monde entier va périr.

« Quelle vérole, avouez-le, docteur. — Allons, un bon mouvement. — Tenez, ce brouillard qui emporte mon virus .. (il réfléchit). — Ah ! quelle horrible chose, mais le bon Dieu va avoir la vérole, tout l'univers va être contaminé par ce brouillard. — Suis-je assez malheureux. — Et il n'y a rien à faire. »

Il ouvre brusquement la fenêtre et s'écrie :

« Les voilà, les contaminés, ils arrivent, sauvons-nous, ils cernent le château, nous sommes perdus. Ah, quelle mort aurai-je ? Comment punira-t-on un gredin de mon espèce ? La situation est épouvantable, le monde entier a la vérole. »

Ajoutons qu'à cette periode, le monologue n'est plus intermittent comme au début, il se produit constamment en n'importe quel lieu, devant n'importe qui et s'accompagne de gestes, de mimique spéciale : par exemple le malade se déculotte et examine sa verge en public, à table, pour y retrouver les traces de son chancre et les ravages de la syphilis ?

Ce malade est mort à cette période, sans cela il eût évolué sans nul doute, de la même façon que cet autre malade du même genre qui, à la fin, ne répétait plus que ces mots : « Ah, mon Dieu ! Ah, mon Dieu ! »

D'ailleurs, le cas suivant réunit cette évolution :

G..., mélancolique anxieux :

« Ah ! misérable que je suis ! Malheureuse victime. — Je suis possédé du diable. — C'est la syphilis. — Je suis perdu. — C'est trop puni. — Vous êtes cruel. — Ma punition est épouvantable. — Quelle situation. Ah, si j'avais su, j'aurais soigné ma vérole. — Il n'est plus temps. — Que je suis malheureux ! »

Plus tard il ne fait entendre que des mots entrecoupés : « Cruelle situation ; — c'est abominable » Plus tard enfin, ce ne sont que des gémissements inarticulés : « Ah, ah, ah, ma mère. »

Le délires systématiques secondaires ne sont pas les seuls où l'on remarque cette évolution du monologue, on la retrouve aussi dans les délires systématiques primitifs, souvent chez les malads internés depuis longtemps.

A mesure que la maladie devient plus ancienne le cercle du délire se rétrécit et le monologue traduit cette modification ; le malade ne décrit plus avec ce luxe tout particulier de détails les malheurs dont il est victime, mais de temps en temps il émet une phrase qui résume tout son délire comme par exemple cette expression : « la tourmente simultanée et invisible », ou « le tripotage », c'est le trait caractéristique du délire qui se tasse, qui s'éteint. Bientôt il ne restera plus pour ainsi dire de tant de détails, de tant d'explications qu'un squelette que le malade conservera.

C'est ainsi que P..., autrefois délirant très actif et prolixe dans ses monologues, ne parle plus qu'en termes des plus concis de ses nombreuses misères :

« Ah, toujours le tripotage. — J'ai la tête saccagée ; — c'est le serrurier. »

Le caractère logique ou décousu du monologue est également important pour le pronostic. Le logique est surtout le fait des délires systématisés, affection *chronique*.

Pour le décousu, il faut bien s'assurer s'il se rattache au langage *elliptique* ou à l'incohérence vraie. Dans le premier cas, il est plutôt en rapport avec une forme aiguë (excitation maniaque, par exemple) et souvent curable. Dans le second cas, il est en rapport avec la démence et dénote l'incurabilité.

b) *Indications pronostiques tirées des caractères psychologiques.* — Les monologues d'origine idéative (c'est-à-dire se reliant à une idée prépondérante) sont surtout le fait des formes systématiques et *chroniques*. Ceux d'origine émotionnelle indiquent généralement les vésanies d'accès ou un paroxysme passager au cours d'un autre état vésanique.

Les monologues d'origine hallucinatoire n'ont guère d'importance que s'ils revêtent la forme d'une conversation ou

d'un dialogue suivi ; ils indiquent alors une forme systématique chronique ou un état démentiel. Ils se rapprochent alors des monologues se reliant à des affections dénotant des troubles plus ou moins accentués de la conscience qui sont, en général, graves, et, d'autant plus graves qu'on arrive aux états d'inconscience si accentués propres aux formes chroniques, épilepsie, démence, confusions chroniqnes.

c) *Indications pronostiques tirées des caractères extrinsèques.* — Rappelons que ces caractères sont les suivants : Intermittent ou habituel, — Diurne ou nocturne ou les deux à la fois. — Haut ou bas, — En public ou dans la solitude. — Avec mimique ou non.

On peut dire d'une façon générale, qu'il est des signes tirés de l'étude des caractères extrinsèques des monologues, qui permettent d'affirmer que le pronostic devient défavorable. Tel est le monologue qui « d'aphone » devient à « voix haute », qui « de la solitude » a lieu « en public », qui sans mimique s'accompagne ensuite de mimique, surtout si cette mimique est stéréotypée.

De même le monologue qui s'allonge, devient plus fréquent et tend à l'incohérence, témoigne le plus souvent d'une issue fatale, de l'acheminement vers la chronicité ou la démence.

Parmi ces caractères, les uns tirent leur importance de leur seule présence, les autres de leur mode d'apparition et de combinaison. Parmi les premiers, citons le caractère intermittent ou habituel : le premier coïncide généralement avec des formes aiguës ou des périodes d'agitation. — Le second se rencontre dans les états chroniques, qui, contrairement aux premiers, sont généralement incurables.

Citons aussi le caractère diurne ou nocturne. — Le soliloque diurne est surtout le fait des formes de folie chronique qui ne s'accompagnent pas d'insomnie. Le soliloque exclusivement nocturne est très rare, Il est surtout le fait des formes aiguës et par conséquent curables.

Le plus souvent le monologue est à la fois diurne et nocturne et dans ce cas il est le plus souvent la manifestation d'un état maniaque, d'une excitation passagère.

Le mode de combinaison peut donner, lui aussi, des indications précieuses pour le pronostic. Comparons, par exemple le monologue de la manie aiguë et celui du délire chronique

de persécution, ce dernier incurable contrairement au précédent.

Les deux soliloques se ressemblent par différents points. Tous deux peuvent avoir lieu en public, à voix haute, avec mimique ; mais ils diffèrent aussi par bien des points qui ne sont que des nuances, si l'on veut, mais qui ont une grande importance. La mimique du maniaque est plutôt une gesticulation désordonnée, exubérante, qu'une vraie mimique. — Le persécuté, au contraire, accompagne ses discours d'une mimique appropriée, qui peut plus tard devenir stéréotypée.

Le monologue du maniaque est intermittent, lié à l'accès. Celui du persécuté est habituel. Le monologue du maniaque est décousu, illogique ou, du moins, le paraît (car nous avons vu que c'est surtout le fait de son langage elliptique). — Celui du persécutéest logique et n'est que la manifestation de son délire, de ses souffrances il exprime une idée nette, toujours identique à elle-même.

Enfin le mécanisme du monologue diffère essentiellement chez le maniaque et chez le persécuté. Le premier soliloque en vertu de son état d'excitation générale, le second sous le coup d'une idée prépondérante. Tous ces caractères sont utiles pour la fixation du pronostic, ils permettent souvent d'affirmer l'évolution de la maladie.

Le même exemple peut montrer l'importance du *mode d'apparition* de ces différents caractères. Quand le maniaque se met à monologuer, il le fait brusquement, sans méditation, sans préparation ; le monologue a lieu à voix haute d'emblée. — Il est décousu d'emblée. — En un mot il est tel le premier jour qu'il le sera le dernier. Le monologue du maniaque n'évolue pas, ne change pas ; il reste ce qu'il est. Au contraire le monologue du persécuté subit une évolution lente, progressive, parallèle à l'évolution de la maladie elle-même.

Le persécuté parle d'abord à voix basse, puis à voix haute dans une seconde phase. — Au début de son affection il ne soliloque que dans la solitude, plus tard il parlera en public et à voix haute. — De même il présente peu de réaction mimique dans les premiers temps ; ce n'est que plus tard que la mimique vient accompagner son discours. Enfin son langage, d'abord logique, devient décousu, incohérent, lorsqu'il entre dans la phase de démence.

Relations des maladies unilatérales de l'oreille avec les hallucinations de l'ouïe ;

(Sur un cas de guérison simultanée d'otite externe unilatérale et d'hallucinations auditives homolatérales.)

Par le Dr J. CAPGRAS
Médecin-adjoint des asiles d'aliénés [1].

La pathogénie des hallucinations unilatérales est encore discutée ; un remarquable travail de M. Séglas dans les Annales médico-psychologiques de 1902 [2], ayant donné un regain d'actualité à cette question, il m'a paru intéressant de publier un fait que j'ai eu l'occasion d'observer dans le service de M. Mabille dont les conseils m'ont engagé à entreprendre cette étude.

Observation [3]. — *Mélancolie anxieuse. Idées hypocondriaques, de négation, de culpabilité et de suicide. Paroxysmes d'anxiété. Hallucinations de la vue. Hallucinations auditives verbales très prédominantes du côté gauche. Otite externe du même côté. Diminution du trouble sensoriel parallèle à l'amélioration de l'otite, sa disparition complète aussitôt après l'expulsion d'un bouchon de cérumen. Guérison consécutive de la psychose après une durée de six mois.*

Mme B. Marie, cinquante-deux ans, entrée à l'hôpital de Lafond le 13 février 1902 pour un premier accès de mélancolie anxieuse.

Ses parents se sont toujours bien portés et sont morts à un âge avancé. Elle ne connaît pas d'accidents névropathiques dans sa famille ; un de ses frères et une sœur sont morts de tuberculose pulmonaire, l'un à trente-deux ans, l'autre à quarante-deux. Elle-même a eu la variole à dix ans, une fièvre muqueuse à dix-sept ans, des coliques néphrétiques il y a cinq ans. Elle a fait 2 fausses couches, a perdu une fille de 1½ mois du choléra infantile, a

[1] Travail du service de M. le Dr Mabille, directeur-médecin en chef de l'asile de Lafond.

[2] J. Séglas. *Les hallucinations unilatérales* (*Annales médico-psychologiques* de mai à décembre 1902).

[3] Prise en collaboration avec M. Daigrier, interne du service.

4 enfants bien portants. N'est pas alcoolique. Il y a trois ans, sa menstruation devint irrégulière et au bout d'un an les règles furent supprimées. Cette ménopause s'accompagna de céphalées fréquentes et d'une irritabilité plus grande du caractère.

En novembre 1902, elle eut un abcès de l'amygdale avec phénomènes généraux marqués, en particulier des vomissements et des arthralgies de l'épaule et du coude. Survient ensuite de l'anorexie, elle commence à maigrir et en même temps se montre l'insomnie, la dépression et les idées noires. Une visite d'une voisine qui lui prédit de longues souffrances l'impressionne au point qu'elle s'imagine avoir reçu « un sort » de cette femme. Dès lors l'anxiété commence : elle ne se rend plus compte du milieu où elle vit, ne s'occupe plus de son ménage, est prise de remords, court dans les églises alors que jusque là elle n'était pas dévote. Puis ce sont des idées hypocondriaques et des hallucinations de la vue : elle voit le diable sous la forme d'un singe, des bêtes courent sur son lit, sortent de sa bouche, lui rongent la gorge, lui dévorent le cœur et l'estomac. Prise de panophobie elle veut s'enfuir de sa maison, et a l'idée de boire du pétrole pour en finir avec ses tortures. Sa famille la conduit alors à l'asile.

A son arrivée, on se trouve en présence d'une femme amaigrie, les traits tirés, la langue saburrale, l'haleine fétide. Dans son délire mélancolique les idées de négation tiennent la première place : elle a la gorge bouchée, le cerveau vide ; on lui a enlevé le cœur et les intestins, son ventre est en poussière. Ce délire s'accompagne d'interprétations et d'hallucinations visuelles : les malades qui l'entourent sont des sorcières, elle voit de gros hannetons grimper sur son corps, sur les murs apparaissent les portraits de son père et de sa mère. Elle se répand en pleurs et en gémissements, disant qu'elle souffrira toujours. Elle est dans l'attente de quelque supplice et prend pour du poison les gouttes de laudanum qu'on lui prescrit.

Peu après son entrée, on reconnait un nouveau symptôme : l'hallucination auditive. Elle entend des voix qui l'injurient, lui reprochent divers méfaits : « Tu as ruiné ton fils, tu le fais mourir. » Des chants funèbres, des gémissements frappent son oreille. La conviction de la mort de son fils ne fait qu'accroître son anxiété. Cependant sous l'influence du traitement opiacé, cette anxiété diminue peu à peu et au bout d'un mois environ la malade consent à s'occuper à la couture et nous donne le renseignement suivant; ses hallucinations auditives, qui sont encore très actives, viennent toujours du même côté, elle ne les entend que de l'oreille gauche ou du moins elles sont très prédominantes de ce côté ; les hallucinations de la vue au contraire n'offrent rien de comparable. L'examen de l'oreille, pratiqué quelques jours après, nous montre un léger écoulement séro-purulent du côté gauche et rien du côté

droit. Sous l'influence de lavages boriqués l'écoulement cesse, les hallucinations deviennent moins fréquentes, mais cependant la malade nous dit entendre encore parfois les mêmes voix qu'elle extériorise du côté gauche. On introduit alors de la glycérine dans le conduit auditif gauche et l'on maintient toute une nuit cette application glycérinée ; le lendemain après une injection d'eau boriquée, il sort du conduit une certaine quantité de cérumen. A la visite du jour suivant la malade déclare qu'elle a bien dormi et qu'elle n'entend plus de voix. La malade sort complètement guérie le 30 avril; elle a conservé intact le souvenir de ses accidents et nous confirme la réalité de ses hallucinations et leur localisation unilatérale.

Cet état anxieux, avec son éclosion peu après la ménopause et son délire où prédominent les idées hypocondriaques et les idées de négation, réalise le tableau de la mélancolie. psychose d'involution, selon la classification de Kraepelin. Mais l'intérêt de cette observation réside surtout dans les troubles auditifs, leur unilatéralité et leur évolution. Les hallucinations de l'ouïe survinrent, comme il est habituel. longtemps après le début de la dépression mélancolique. Ce furent surtout des hallucinations verbales, hallucinations vraies, les voix étant nettement extériorisées. Fait important, sur lequel la malade attire notre attention, et qu'elle confirme après sa guérison : les voix ne viennent que d'un seul côté. du côté gauche, seule l'oreille gauche les entend. Engagée à préciser, elle reconnait qu'elle entend quelquefois de l'oreille droite, mais elle maintient que les voix sont beaucoup plus fréquentes, plus intenses à gauche. Or, à l'examen du conduit auditif externe de ce même côté on découvre un léger écoulement sero-purulent, tandis que l'oreille droite n'offre rien d'anormal. La guérison de cet écoulement diminue la fréquence des hallucinations qui persistent cependant jusqu'au jour où l'expulsion d'un bouchon de cérumen les abolit définitivement, dès le même soir.

Ce cas est analogue à celui qui fut publié par M. Mabille en 1883[1] : chez une mélancolique des hallucinations unilatérales de l'ouïe cessèrent aussitôt après qu'une irrigation eût chassé du conduit auditif un grain de blé entouré de cérumen. Dans cette observation les hallucinations étaient

[1] Mabille. *Cas de guérison d'hallucinations unilatérales de l'ouïe de cause externe* (*Annales médico-psychol.*, 1883, 6e série, tome 10).

élémentaires (bourdonnements, bruits de cloches, de vielle, de « cuisine qui fricasse »). Dans la nôtre, elles sont presque exclusivement verbales. Citons encore les faits de Ball[1] et de M. Régis[2] où des hallucinations unilatérales disparurent consécutivement à la guérison d'affections de l'oreille du même côté.

Il existe par conséquent entre les maladies de l'oreille et les hallucinations de l'ouïe, toutes deux homolatérales, un parallélisme tel qu'on est conduit à y voir une relation manifeste de cause à effet. Cette conclusion fut émise par la plupart de ceux qui traitèrent cette question. « L'hallucination unilatérale, dit M. Régis, reconnaît pour cause une lésion unilatérale des sens... dans une partie quelconque de leur trajet. »

Cette théorie a longtemps régné sans conteste ; mais les découvertes anatomiques récentes sont venues la contredire[3]. Il est aujourd'hui à peu près certain que la voie acoustique centrale possède « un chiasma analogue au chiasma optique » (Charpy), c'est-à-dire qu'elle est en partie directe et en partie croisée. « Chaque nerf acoustique est en rapport avec les deux aires auditives[4]. » Dès lors une lésion siégeant sur une seule oreille retentit sur les deux lobes temporaux et par suite est incapable d'expliquer l'unilatéralité de l'hallucination.

A la théorie classique ainsi ébranlée, M. Séglas substitue une théorie psychologique. La lésion périphérique n'agit pas sur la zone temporale, elle sert uniquement de point de repère. « Alors même que ce point de repère serait constitué par des sensations subjectives, il ne joue pas le rôle d'un simple stimulus anatomique venant exciter le centre sensoriel correspondant. Il donne une direction psychologique, comme dans le cas où il se trouve déterminé

[1] Ball. *Considérations sur un cas d'hallucinations de l'ouïe, consécutives à une inflammation chronique de l'oreille moyenne* (*Encéphale*, 1882, n° 1).

[2] Régis. *Des hallucinations unilatérales* (*Encéphale*, 1881, n° 1).

[3] J'élimine de mon sujet les lésions corticales unilatérales, dont le rôle, d'ailleurs très discuté, ne s'accorde pas davantage avec les données anatomiques actuelles.

[4] Morat, *Fonctions d'innervations* (*Traité de Physiologie* Morat et Doyon).

par des associations d'idées, des habitudes plus ou moins conscientes. Son action s'exerce surtout sur l'attention qu'il fixe et dérive à son profit, en engendrant ainsi cet état de distraction qui porte atteinte à l'intégrité de la conscience et détermine ces troubles de la synthèse psychique d'où résulte l'abstraction ou la négligence de l'une des images sensorielles et la localisation de l'hallucination du côté du point de repère unilatéral [1]. » Cette intéressante théorie me semble corroborée par le fait suivant noté dans certains cas et en particulier dans une observation de M. Joffroy et dans la nôtre : l'hallucination n'est pas franchement unilatérale, mais plutôt très prédominante du côté lésé.

Faut-il donc abandonner complètement la doctrine antérieure et refuser dorénavant de voir dans la lésion périphérique une cause efficiente de l'hallucination unilatérale. Je ne le pense pas. Je voudrais essayer de démontrer que la brillante interprétation de M. Séglas et l'ancienne théorie, loin de se contredire, se complètent heureusement, et que si l'une ne fournit pas la raison de l'unilatéralité, en revanche l'autre laisse sans explication le parallélisme d'évolution de la lésion et de l'hallucination. Dans ce but, je tâcherai d'indiquer comment il est possible de concevoir l'action des maladies unilaterales de l'oreille sur le développement des hallucinations auditives.

L'hallucination de l'ouïe est un symptôme complexe et variable. Phénomène psycho-sensoriel d'après la definition de Baillarger, développée ensuite par Ball, c'est-à-dire composé de deux éléments, l'un sensoriel, l'autre intellectuel, il oblige à tenir compte de cette complexité lorsqu'on l'envisage dans ses relations avec les lésions de l'oreille. « Un trouble organique ou fonctionnel du sens, dit M. Régis, peut donner lieu au phénomène physique brut qui doit constituer ultérieurement l'hallucination ; mais cette hallucination ne devient réellement telle que lorsque l'intelligence est intervenue, et, s'emparant du phénomène primordial, resté jusque là à l'état rudimentaire en a fait la conception délirante définitive, toujours en rapport avec les idées et les préoccupations dominantes du malade [2]. » Ajoutons enfin

[1] Séglas, *loc. cit.*

[2] Régis. *Encéphale*, 1881.

un troisième facteur et non le moins important, mis en lumière par le professeur Joffroy : la prédisposition : « C'est l'état hallucinogénique du sujet et non la lésion cérébrale qui a fait l'hallucination[1] »

Cette prédisposition hallucinogène, héréditaire ou acquise, est indispensable à l'éclosion des troubles sensoriels. Vient-elle à faire défaut dans un délire, une lésion de l'appareil auditif produira non pas une hallucination, mais une interprétation. Le sujet n'entend pas de voix, mais il attribue aux bourdonnements, aux sifflements réels qu'il perçoit, une signification erronée en rapport avec ses conceptions délirantes. Il importe de ne pas confondre ces interprétations avec des hallucinations unilatérales ; ce diagnostic est maintes fois fort difficile, si bien que certains psychiâtres considèrent que l'hallucination unilatérale se réduit toujours en fin de compte à une interprétation délirante[2].

Au contraire, si la prédisposition hallucinogène existe. le trouble sensoriel apparaît. La lésion auditive périphérique peut néanmoins n'avoir sur lui aucune influence causale. Nombreux assurément sont les cas négatifs où des individus porteurs de lésions d'une seule oreille présentent des hallucinations dont la fréquence et l'intensité sont égales du côté sain et du côté malade. Pour se produire, l'hallucination n'a pas eu besoin du coup de fouet de la lésion, l'imprégnation toxique, par exemple, ayant suffi. Cette lésion impaire sans action sur l'élément sensoriel de l'hallucination est aussi impuissante sur l'élément intellectuel, généralement restreint dans la circonstance. Ces bouffées hallucinatoires, en effet, sont tellement aiguës ou s'accompagnent d'un désordre psychique tel que le point de repère fourni par les bruits entotiques unilatéraux est effacé, par la violence du trouble sensoriel cortical ; l'hallucination est bilatérale.

Ainsi se trouvent établies deux catégories de faits où la lésion unilatérale est dépourvue de toute fonction hallucinogène. Dans la première, elle a pour unique rôle d'alimenter

[1] Joffroy. *Les hallucinations unilatérales* (*Archives de Neurologie*, 1896, n° 2).

[2] Il n'entre pas dans mon plan de discuter ici cette opinion que je crois fondée dans certains cas. — Voir P. Serieux et J Capgras. — Les Psychoses à base d'interprétations délirantes (*Annales médico-psychologiques*, mai 1902).

les interprétations délirantes; dans la seconde, elle demeure silencieuse — au point de vue vésanique — et ne dirige pas plus qu'elle ne provoque l'hallucination.

Il est d'autres cas où le cerveau, encore qu'il soit en imminence hallucinatoire, ne se décharge que grâce à un choc d'origine externe. L'observation jointe à cet article en est une preuve : au cours de la mélancolie les hallucinations de l'ouïe ne sont pas un symptôme banal et inévitable; n'est-ce pas au stimulus de l'otite qu'il faut attribuer leur apparition chez notre malade et n'est-ce pas pour cette raison qu'elles ont cessé lorsque l'excitation a pris fin ? Mais dans ce cas l'action de la lésion — j'y reviendrai bientôt — s'est manifestée à la fois sur l'élément sensoriel et sur l'élément intellectuel. Si cette action ne s'exerçait que sur l'élément sensoriel, quel en serait le résultat sur la localisation et sur la marche de l'hallucination ? Conformément aux données anatomiques actuelles, l'irritation portant sur les deux zones auditives, l'hallucination serait bilatérale, mais, ne se maintenant que grâce à cette excitation externe, elle cesserait en même temps que la lésion.

En d'autres termes, si l'action de la lésion sur l'élément sensoriel seul de l'hallucination met en relief le lien étroit qui unit l'une à l'autre, elle n'explique pas l'unilatéralité. Sur ce dernier point on doit faire appel à la théorie de M. Séglas. C'est par une association d'idées subconciente, par un trouble de l'attention, comme l'indique l'éminent aliéniste de Bicêtre, que les voix sont localisées du côté lésé. Le malade transforme les bruits subjectifs unilatéraux en un signal guide de ses hallucinations, et cela grâce à une interprétation peut-être comparable à celle qui, en l'absence de toute manifestation hallucinatoire, lui faisait accorder à ces mêmes bruits la valeur délirante d'un symbole. Par conséquent la lésion périphérique impaire a une double action : agissant à la fois sur l'élément sensoriel et sur l'élément intellectuel, d'une part elle donne naissance et assure sa durée à l'hallucination, d'autre part elle lui imprime sa direction unilatérale.

Que se passerait-il si la lésion, n'intervenant pas dans la genèse de l'hallucination, n'agissait que comme point de repère ? L'hallucination en elle-même, n'étant pas fonction de la lésion n'aurait aucun motif de disparaître

après la guérison de cette dernière, guérison qui atteindrait simplement le caractère unilatéral imprimé au trouble sensoriel. En un mot l'hallucination deviendrait bilatérale.

Nous trouvons précisément une confirmation de cette hypothèse dans une observation de Pick, citée par M. Séglas comme contradictoire du cas de M. Mabille. « Pick a rapporté « le cas d'une aliénée chronique sourde de *l'oreille gauche* « qui accusait des hallucinations auditives *du côté droit*. « Dans l'oreille gauche on trouve un tampon de cérumen « qu'on enlève ; dès lors les hallucinations deviennent bila- « térales[1] » Ce fait mérite d'être discuté, car M. Séglas estime, à deux reprises, qu'il enlève « beaucoup de sa valeur à l'argument tiré de la disparition de l'hallucination unilatérale par la guérison de la lésion sensorielle périphérique du même côté ». A mon avis, au contraire, il vient à l'appui de l'opinion que je soutiens et se concilie sans peine avec le cas de M. Mabille. Notons immédiatement que la malade de Pick est une aliénée *chronique* dont l'état hallucinatoire remonte probablement à une date ancienne et est sans doute indépendant de la lésion. C'est laisser entendre que ce cas ne me semble pas superposable au cas de M. Mabille ; ils représentent deux variétés distinctes d'hallucinations unilatérales. Empruntant la classification exposée par M. Séglas dans un travail antérieur[2], on peut dire : dans le premier il s'agit vraisemblablement « d'hallucinations centrales » ou « d'origine intellectuelle » ; dans le second « d'hallucinations périphériques subjectives directes », c'est-à-dire dont « le point de départ est une sensation subjective de l'ouïe ». Chez la malade de Pick les hallucinations sont à ce point indépendantes de la lésion qu'elles se localisent du côté sain contrairement à la règle. « N'est-ce pas, ajoute à ce propos M. Séglas, l'idée de la surdité unilatérale qui eût une influence prédominante sur l'unilatéralité des hallucinations dans l'oreille opposée, unilatéralité s'expliquant ainsi par un simple fait d'associations d'idées. » On ne saurait mieux dire, mais faut-il en déduire que les cas de guérison simultanée de lésions périphériques et d'hallucinations unilaté-

[1] Les mots soulignés le sont par M. Séglas.

[2] Séglas. *Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe*. Rapport au Congrès de Nancy. 1896.

rales sont « loin d'avoir toute la portée qu'on serait tenté de leur attribuer » ; ne vaut-il pas mieux se demander pourquoi, lorsque cette association d'idées précitée a perdu sa raison d'être, les hallucinations tantôt deviennent bilatérales comme dans le cas de Pick, tantôt disparaissent comme dans la plupart des cas ?

La solution de cette question capitale devient aisée si l'on veut bien accepter une théorie éclectique. Il y a dans toute hallucination unilatérale deux caractères qu'il faut envisager séparément : c'est premièrement l'hallucination en elle-même, phénomène sensoriel explicable par la théorie anatomique de Tamburini (l'hallucination épilepsie corticale) ; c'est ensuite l'unilatéralité de cette hallucination, phénomène intellectuel explicable par la théorie psychologique de Séglas (la lésion unilatérale point de repère). Suivant qu'une lésion unilatérale agira sur ces deux termes ou seulement sur l'un d'entre eux, les rapports de l'hallucination et de la lésion seront différents. Chez l'aliénée chronique de Pick la lésion n'a dû exercer son influence que sur le second terme, c'est-à-dire sur l'unilatéralité, par conséquent sa suppression ne peut frapper que cette unilatéralité sans modifier autrement le trouble sensoriel lui-même, d'où la bilatéralité consécutive de l'hallucination. — Au contraire dans tous les cas analogues au nôtre, si l'on admet le dualisme fonctionnel de la lésion unilatérale, périphérique c'est-à-dire qu'elle est à la fois l'agent provocateur de l'hallucination et le point de repère cause de l'unilatéralité, on s'explique l'évolution parallèle de la lésion et de l'hallucination : guérir l'une c'est du même coup supprimer l'autre. Ainsi comprise la guérison simultanée des maladies unilatérales de l'oreille et de certaines hallucinations unilatérales me semble conserver toute son importance et démontrer qu'il peut exister, du moins dans la majorité des cas, entre les deux phénomènes une relation de cause à effet.

Cette relation de cause à effet entre quelques hallucinations auditives et les lésions unilatérales de l'oreille n'a pas seulement un intérêt théorique, mais des conséquences pratiques. La localisation et même simplement la prédominance unilatérale des hallucinations de l'ouïe implique le plus souvent l'existence d'une lésion de l'oreille du même côté. Dès lors en présence d'hallucinations auditives quel-

conques, survenant au cours d'une psychose aiguë, principalement, il faut s'enquérir de leurs caractères. Sont-elles prédominantes d'un côté, cela suffit comme indication d'un examen approfondi de l'organe périphérique homolatéral. L'affection une fois reconnue, son traitement aura le double avantage d'améliorer les accidents physiques et les accidents mentaux.

En résumé les relations entre les maladies unilatérales de l'oreille et les hallucinations de l'ouïe sont variables suivant la prédisposition du sujet et selon l'influence exercée par la lésion sur l'élément sensoriel et sur l'élément intellectuel dont se compose toute hallucination. On peut établir cinq catégories distinctes.

1° Un terrain doué de l'aptitude delirante mais non hallucinogénique ne laissera germer que l'interprétation délirante des symptômes fonctionnels de la lésion, interprétations qu'il faut se garder de prendre pour des hallucinations.

2° La lésion unilatérale peut simplement coexister avec des hallucinations qui en sont indépendantes et ne présentent aucun caractère capable d'indiquer la coïncidence de cette lésion.

3° La lésion unilatérale peut agir sur l'élément sensoriel seul, sans intervention de l'élément intellectuel. Dans ce cas, malgré l'unilatéralité de la lésion, l'hallucination est bilatérale, mais elle disparaît avec la cause qui contribue à son éclosion.

4° La lésion unilatérale n'a pas d'action sur l'élément sensoriel, elle n'est pas l'agent provocateur de l'hallucination ; mais par l'intermédiaire de l'élément intellectuel, elle en détermine l'unilatéralité en lui servant de point de repère. Ce dernier caractère disparaît seul avec la guérison de la lésion : l'hallucination devient bilatérale (cas de Pick cité par Séglas).

5° Enfin la lésion unilatérale possède un double rôle, réalisant pour ainsi dire la synthèse des deux catégories précédentes. Elle agit à la fois sur l'élément sensoriel et sur l'élément intellectuel ; la première action détermine l'apparition des hallucinations, la seconde explique leur unilatéralité. L'évolution de la lésion et celle de l'hallucination sont alors parallèles et leur guérison simultanée (cas de Mabille et majorité des cas d'hallucinations unilatérales).

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

XXIX. **Hématome de la dure-mère cérébrale (Pachyméningite hémorrhagique interne) associée à une hémorrhagie du côlon**; par STEPHEN G. LONGWORTH (*The Journal of Mental Science*. Juillet 1902).

Ce qui donne à ce cas un certain intérêt c'est l'association des phénomènes hémorrhagiques. Les points les plus remarquables de l'observation sont l'abaissement de la pression sanguine, l'état à peu près sain des reins et l'absence de toute artério-sclérose. L'état du foie serait de nature à faire penser à l'alcoolisme, lequel, toutefois, est nié dans l'observation. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XXX. **Sur la manière de soigner l'hémorragie cérébrale et sur son traitement abortif**; par William BROWNING (*The New-York médical Journal*, 15 février 1902).

Ce travail rappelle les causes ordinaires de l'hémorrhagie cérébrale et insiste sur l'utilité de soigner attentivement les états pathologiques capables de lui donner naissance. Puis abordant l'étude du traitement immédiat de l'hémorrhagie, l'auteur s'attache à déconseiller les stimulants, les injections salées, les diaphorétiques, les opiacés, les nitrites et surtout la digitale. Il conseille d'avoir recours aux agents les plus rapides de dépression musculaire et vasculaire, et recommande l'aconit, le veratrum et surtout le gelsemium. R. de MUSGRAVE-CLAY.

XXXI. **Narcolepsie et obésité**; par le Dr P. SAINTON.

Sous le nom de narcolepsie, l'auteur entend des crises irrésistibles de sommeil survenant d'une façon soudaine.

L'observation rapportée a trait à un homme de quarante-trois ans, obèse, qui fut pris de crises de narcolepsie au moment où l'adiposité atteignait son summum; elles disparurent sous l'influence d'un régime approprié qui diminua aussi l'adiposité.

Il existait, en même temps, de l'insomnie, qui disparut avec la narcolepsie.

Il paraît rationnel d'admettre qu'elles étaient toutes deux sous la dépendance d'une perturbation fonctionnelle du système nerveux, consistant, tantôt en phénomènes d'excitation cérébrale, tantôt en phénomènes de dépression, sous l'influence d'une auto-intoxication gastro-intestinale. Cette conception de la narcolepsie

comme syndrome d'origine auto-toxique est d'ailleurs conforme aux données de la pathologie générale et mérite d'être généralisée. Elle nous explique sa présence dans le diabète, la goutte, les maladies du foie, du rein, l'alcoolisme, etc.; elle nous permet de concevoir son apparition au cours de l'épilepsie, où elle ne constitue qu'un équivalent des attaques; or, les théories modernes tendent de plus en plus à admettre le rôle prédominant de l'auto-intoxication dans la production des attaques épileptiques.

En résumé, dans l'obésité, comme dans la plupart des maladies au cours desquelles elle se montre, la narcolepsie doit être considérée comme un épisode d'origine auto-toxique. (*Revue neurologique*, mars 1901.) E. Blin.

XXXII. **Un cas de torticolis mental**; par le Dr Séglas.

Sous le nom de torticolis mental, le professeur Brissaud désigne un tic particulier consistant en une attitude vicieuse de la tête et du cou, de caractère spasmodique, à la fois habituelle et intermittente, que les malades peuvent corriger immédiatement, mais d'une façon momentanée, grâce à un subterfuge de leur choix.

L'intéressante observation publiée par M. Séglas en est un bel exemple. Ici, le subterfuge consiste dans la simple apposition de la main gauche de la malade sur la joue correspondante; cette apposition suffit pour redresser la tête et la maintenir droite aussi longtemps que dure le contact.

Sitôt que le contact cesse, la tête tend à reprendre sa position en torticolis, par une série de petites secousses brusques très apparentes.

La même manœuvre, exécutée par une personne étrangère, avec un effort beaucoup plus considérable, ne produit pas le même effet.

D'autre part, si la malade se trouve distraite de ses préoccupations morbides, si son attention vient à être fixée sur des sujets différents, la tête reprend immédiatement son attitude normale et s'y maintient de la façon la plus naturelle aussi longtemps que dure l'état de distraction. (*Revue neurologique*, février 1901.) E. B.

XXXIII. **Le syndrome de Briquet (un cas de paralysie diaphragmatique d'origine hystérique)**; par le Dr Robinson.

Il s'agit d'un dégénéré hystérique, âgé de trente-huit ans, originaire de l'Arménie turque et qui présente le tableau symptomatique de Briquet.

Voici la description de son accès respiratoire : début brusque, immobilité de la moitié inférieure du thorax, effort de contraction des muscles cervico-thoraciques supérieurs.

Voix basse, étouffée, inintelligible; respiration très gênée, inspiration presque nulle.

Le malade penche la tête en avant; il a la mine de quelqu'un qui aurait reçu un coup de massue.

Anhélation continuelle et anéantissement presque absolu des forces physiques. A l'inspection, on voit nettement que le creux épigastrique est attiré en arrière et forme un entonnoir au moment de chaque inspiration, tandis qu'il bombe pendant l'expiration.

Malgré l'effort inspiratoire, la respiration n'est bruyante ni dans le larynx, ni dans les bronches. (*Revue neurologique*, janvier 1901.)

E. B.

XXXIV. **Quelques remarques sur la paraplégie spasmodique permanente par tumeur médullaire**; par MM. les professeurs Raymond et Cestan.

Des faits nombreux ont bien montré que des lésions d'apparition rapide s'accompagnent, dans le cas de section complète de la moelle, d'une paraplégie flaccide, quelle que soit d'ailleurs l'hypothèse adoptée pour expliquer cette flaccidité.

Mais en est-il de même de la section progressive et lente de la moelle?

En rapport avec le fait communiqué au Congrès de Limoges, par M. Brissaud, les auteurs rapportent deux observations absolument superposables; dans chaque cas, il s'agit d'un psammome qui, lentement, en plusieurs années, fonctionnellement, a détruit le VIIe segment dorsal, déterminant une paraplégie spasmodique intense avec trépidation spinale.

On peut donc supposer que, si elle est rapidement séparée de l'encéphale, la moelle lombaire ne peut reprendre son autonomie primitive, la paraplégie est flaccide conformément aux idées de Bastian et de Bruns.

Si, au contraire, elle est isolée de l'encéphale, la moelle s'habitue à retrouver peu à peu l'indépendance primitive qu'elle a chez les animaux et chez le nouveau-né, les reflexes tendineux abandonnent leur voie longue encéphalo-médullaire et reprennent leur voie primitive courte; la paraplégie devient et reste spasmodique.

Dans le problème de l'action d'une section complète de la moelle sur les réflexes tendineux, M. Raymond estime qu'un nouveau facteur doit désormais être pris en considération : la rapidité du processus destructif. (*Revue neurologique*, février 1902.)

E. Blin.

XXXV. **Paraplégie flaccide dans un cas de pachyméningite cervicale**; par MM. Brissaud et Brecy.

Dans une communication faite au Congrès de Limoges, M. Brissaud considérait comme prouvé le fait qu'une compression lente, agissant à la façon d'une ligature ou d'une striction indéfiniment prolongée et transformant le tissu de la moelle en une véritable cicatrice, peut donner lieu à une paraplégie spasmodique.

Le fait rapporté par les auteurs semble, au premier abord, lui donner tort; en effet, cinq mois se sont écoulés entre les symptômes du début et la mort; et c'est, en apparence, plus de temps qu'il n'en faut pour que les lésions descendantes des cordons latéraux, soit en supprimant l'action inhibitrice du cerveau, soit en exaltant le pouvoir excito-moteur des cornes antérieures, déterminent l'état spasmodique des paraplégies d'évolution progressive.

Or, l'autopsie a démontré que si, en effet, la pachyméningite tuberculeuse diagnostiquée dès les premiers jours avait eu une évolution lente conformément à la règle générale; elle s'était brusquement compliquée d'une myélite aiguë. Au microscope, les lésions présentaient une intensité et une extension telles qu'il en devait résulter un syndrome équivalent à celui d'une section spinale.

Ainsi se trouve confirmée une fois de plus l'opinion que la paraplégie flaccide et à perpétuité flaccide, avec abolition des réflexes et perte totale de la sensibilité, est le fait des lésions destructives complètes et subites de la moelle. (*Revue neurologique*, février 1902.) E. Blin.

ASILES D'ALIÉNÉS.

I. **Note sur la paralysie générale à l'asile de Saint-Alban (Lozère)**; par le Dr René Charon. (*Annales médico-psychologiques*, avril 1901).

Dans le pays particulièrement primitif et autochtone qu'est la Lozère, il y a quinze à vingt ans, au temps qu'il n'existait dans la région ni voie ferrée, ni industrie, ni mélange entre la population indigène et les populations voisines, qu'on ignorait aussi bien l'alcoolisme et la syphilis que le surmenage physique et intellectuel, la paralysie générale était extrêmement rare (deux cas sur 190 malades).

Aujourd'hui que les moyens de circulation ont été améliorés, que la population subit des mélanges et des contacts plus fréquents avec les régions voisines et les villes, que les influences alcoolique

et syphilitique commencent à se faire sentir d'une façon très appréciable, sans toutefois que les conditions d'existence et de tempérament indigène se soient modifiées par ailleurs. la paralysie générale reste aussi peu fréquente (4 cas sur 255 malades, dont 3 ayant vécu longtemps hors de la Lozère).

En s'en tenant à ces faits, on serait amené à admettre que si à la base de la paralysie générale il y a la syphilis, cette syphilis ne suffit pas à elle seule et qu'elle exige, pour produire les lésions de la périméningo-encéphalite chronique diffuse, l'appoint de certains facteurs adjuvants dont les principaux se trouvent dans les conditions d'existence diverses qui conduisent au surmenage physique ou intellectuel. E. B.

II. Contribution à la statistique et à l'étiologie de la paralysie générale progressive des aliénés dans le gouvernement de Smolensk ; par I.-W. Aptekmann (*Obozrénié psichiatrii*, V, 1900).

Étude extrêmement détaillée dont nous ne pouvons donner que les conclusions :

1° On a enregistré de 1888 à 1898 une augmentation accentuée de cette affection ; 2° elle a progressé relativement plus vite chez la femme que chez l'homme; 3° sa proportion entre l'homme et la femme est de 2 : 1 ; 4° le véritable chiffre de son expansion ne peut être déterminé que par le rapport entre le nombre réel des paralytiques et l'effectif de la population totale ; 5° tant que cela n'aura pas été fait, il sera impossible de dire avec certitude que la paralysie générale s'accroît continuellement et progressivement ; 6° ce sont au point de vue absolu les habitants des villages qui forment le principal contingent de la paralysie générale : ce sont, d'après les genres d'occupations et les classes sociales, les paysans et les bourgeois. Mais le dénombrement n'en ayant pas été fait chez les malades, on ne peut affirmer qu'une seule chose, c'est que la paralysie générale du gouvernement de Smolensk n'est pas uniquement représentée par des citadins et des gens cultivés ; 7° la paralysie générale de la femme a pour caractères : une évolution plus lente que chez l'homme, et par suite, une durée un peu plus longue. Chez elle prédominent des signes de déchéance, et la forme démentielle de la maladie sans délire; 8° dans les vingt à vingt-cinq dernières années, on a remarqué que l'affection tendait à atteindre des individus plus jeunes, que ses victimes se recrutaient de plus en plus dans les sphères démocratiques, dans les classes qui vivent du travail manuel, que les manifestations en devenaient variées et originales au dernier point, que la forme expansive, maniaque, disparaissait de plus en plus pour faire place à celle de la démence; 9° ses causes et conditions principales dans ce gouvernement sont : l'ivrognerie, la syphilis, l'hérédité, chez l'homme ; chez la femme,

l'hérédité, les secousses morales. l'ivrognerie; 10° ces causes manifestent rarement leur action séparément; d'ordinaire, elles s'associent entre elles comme avec d'autres agents pathogènes; 11° la paralysie générale est, au point de vue étiologique, un phénomène à la fois biologique et social; 12° il faut lutter contre elle, non à l'aide des agents thérapeutiques d'ailleurs stériles, mais par des moyens sociaux. C'est de la prophylaxie sociale, économique, dans son expression la plus large qu'il faut faire. Il faut notamment soigner le bien-être du peuple, affaiblir toutes les conséquences rudes et cruelles de la lutte pour la vie, et l'armer pour cette lutte en lui fournissant tous les biens de la civilisation actuelle, y compris l'éducation et l'instruction. P. KÉRAVAL.

III. **Sur les résultats favorables du transfert des aliénés d'un asile dans un autre**; par A.-R. URQUHART. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1901.)

Tout le monde est assurément d'accord pour reconnaître les services rendus à beaucoup d'aliénés par le changement de milieu, et, dans un même milieu, par les distractions qui modifient leur vie intérieure et extérieure. Pourquoi ne pas avoir recours pour certains d'entre eux, au moins, à un changement d'asile? C'est ce que l'auteur a tenté de faire, et le succès a répondu à son attente. Il cite des chiffres à l'appui de cette manière de voir (46 cas), et il exprime l'espoir que ce mode de traitement entrera de plus en plus dans la pratique psychiatrique (1). R. DE MUSGRAVE-CLAY.

IV. **Quelques remarques nouvelles sur les soins et la surveillance de nuit dans les asiles**; par Frank ASHBY ELKINS (*The Journal of Mental Science*. Avril 1902.)

Dans un mémoire sur le même sujet publié par l'auteur en 1899 en collaboration avec le Dr Middlemass, et dans lequel étaient indiqués les méthodes suivies et les résultats obtenus à l'Asile de Sunderland pendant une période de quatre années, les propositions suivantes étaient soutenues : 1° Les dispositions prises pour la nuit dans les asiles doivent se rapprocher étroitement de celles qui existent dans les hôpitaux. — 2° Tous les malades aigus, bruyants, sales, destructeurs doivent être placés la nuit dans des dortoirs soumis à une surveillance continuelle, et n'en être retirés que lorsqu'ils ont manifestement cessé d'avoir besoin de cette surveillance spéciale. Dans ce mémoire, l'auteur se propose de décrire les dispositions prises à l'Asile de Leavesden, où tous

(1) A en juger d'après les conséquences souvent déplorables des transferts des malades de la Seine dans les asiles des autres départements. cette thèse est sujette à caution. (B.)

les malades sans exception sont l'objet d'une surveillance de nuit. Cet asile est probablement le seul asile public où dans chaque salle ou dortoir il y ait toute la nuit une infirmière de garde. Il est fort possible, et l'auteur est disposé à l'admettre, que la généralisation de cette mesure ne soit pas nécessaire dans tous les asiles ; mais il faut dire que Leavesden reçoit la collection la plus panachée d'épaves humaines qui ait peut-être jamais été accumulée dans un asile. Il est rare d'y voir entrer un malade capable d'un travail quelconque ; la plupart du temps leur seule et vraie place est dans une salle d'infirmerie. Des vieillards brisés par l'âge, beaucoup d'épileptiques, des paralytiques généraux, des ivrognes en état de démence, épuisés par de longues années d'alcoolisme, des imbéciles et des idiots, des maniaques en état de récidive, des fous circulaires, des sujets à la maladie organique desquels s'ajoutent quelques troubles mentaux, des cas bizarres qui ne rentrent dans aucune catégorie nosologique précise, voilà la clientèle à peu près exclusive de l'Asile de Leavesden. Sur 1.780 malades, 350 sont tuberculeux, 400 autres sont assez malades par d'autres causes pour devoir être maintenus à l'infirmerie : il y a près de 400 épileptiques, répartis, suivant leur état, entre l'infirmerie et les quartiers ordinaires.

Le nombre total des salles est de 30 ; les plus petites contiennent 39 malades, les plus grandes 75. Les chambres isolées sont au nombre de 30. Outre le gardien ou l'infirmière de service dans chaque salle, il y en a un ou une autre qui repose dans une chambre assez voisine pour répondre au premier appel. Jusqu'à une époque récente, la population de l'asile était de 2.000 malades ; mais en présence de la fréquence de la tuberculose et de la nécessité d'augmenter le cube d'air individuel des malades, le chiffre a été réduit à 1.780.

L'auteur fait remarquer en passant que c'est assurément une faute d'avoir des dortoirs et des salles d'infirmerie trop vastes ; la surveillance et les soins y sont rendus plus difficiles ; mais c'est une faute aussi (il s'agit bien entendu des asiles publics) d'avoir des dortoirs et des salles d'infirmerie trop petits et des chambres isolées trop nombreuses ; la surveillance et les soins nécessaires ne peuvent alors être obtenus qu'à grand prix d'argent, au moyen d'un personnel très nombreux.

Quant au nombre de malades que peut surveiller pendant la nuit un seul serviteur, il ne paraît pas devoir dépasser 25 dans une salle d'aigus, de malades ou de sujets affaiblis, mais peut aller jusqu'à quarante dans une salle contenant des malades qu'il faut lever à cause de leurs habitudes malpropres, ou surveiller à cause de leurs crises.

L'asile ne contient que trente chambres séparées, dont quelques-unes sont capitonnées ; elles s'ouvrent toutes sur les salles, et

leurs portes restent ouvertes la nuit pour faciliter la surveillance. Leur usage est généralement considéré comme une faveur accordée à des malades tranquilles et dont beaucoup rendent de menus services dans les salles. Il y a quelques années, les chambres étaient, comme dans la plupart des asiles, occupées pendant la nuit par des malades agités, bruyants et destructeurs. Mais, dans ces conditions d'isolement, il était impossible de rechercher les causes d'agitation et d'insomnie : celles-ci, en même temps que d'autres mauvaises habitudes, ne faisaient que s'aggraver : aucun effort ne pouvait être tenté pour rendre les malades plus propres, pour les empêcher de déchirer leurs vêtements et leur literie, et quand on entrait le matin dans les chambres, on y trouvait du linge mis en pièces et une odeur infecte. Il faut ajouter que souvent, le malade ainsi enfermé passait toute la nuit à crier et à donner des coups dans la porte, tenant ainsi tout un dortoir éveillé. De même que la réclusion dans le jour, la réclusion pendant la nuit peut quelquefois être nécessaire; mais c'est un procédé auquel il ne faut avoir recours — comme aux moyens mécaniques de contention — qu'avec une extrême réserve, et jamais sans l'ordre du médecin. Chez les malades à tendances homicides, chez quelques autres peut-être, on peut légitimement y avoir recours, mais non sans avoir pris les mesures nécessaires pour assurer au malade le bien-être, les soins, et la surveillance. Mieux on sait soigner les aliénés, moins on a besoin de les enfermer la nuit. A Leavesden, durant les trois dernières années, il n'a pas été nécessaire d'isoler la nuit un seul malade dans le quartier des hommes; et depuis deux ans il n'y a eu qu'un seul isolement dans le quartier des femmes; il s'agissait d'une malade avec idées d'homicide. L'expérience a montré toutefois que s'il n'y a que peu ou pas de difficulté à soigner les entrants dans un dortoir commun, il n'en va pas de même à l'égard de malades qui ont été habitués à être internés la nuit; il faut beaucoup plus de temps pour les corriger de leurs habitudes bruyantes et malpropres; encore y retombent-ils facilement. Dans les hôpitaux généraux il y a le plus souvent des chambres latérales, destinées aux cas spéciaux, méningite, apoplexie, etc,. Rien ne s'oppose à l'existence dans un asile de dispositions analogues. — Les portes de ces chambres, habituellement ouvertes, pourraient être fermés dans ces cas spéciaux, (malades à idées de suicide, moribonds, etc.), mais alors un serviteur spécial serait placé auprès du malade et n'aurait à s'occuper que de lui.

Le personnel de nuit de l'asile de Leavesden se compose de 35 personnes : du côté des femmes une surveillante en chef de nuit; — une surveillante adjointe, responsable, faisant ordinairement le service d'infirmière de nuit, mais remplaçant en cas de maladie ou de congé la surveillante en chef et 17 infirmières ordinaires. —

Du côté des hommes un surveillant en chef et un surveillant adjoint et 14 infirmiers ordinaires. — Il y a, étant donné le chiffre du personnel et le nombre des salles, un infirmier et deux infirmières de réserve. En cas d'extrême urgence on détache au service de nuit des infirmiers du service de jour. Déduction faite des surveillants, le personnel de nuit est à l'égard des malades dans le rapport de 1 à 54 ce qui n'a rien d'excessif.

Les registres tenus par le personnel de nuit sont identiques dans les quartiers d'hommes et de femmes, sauf la couleur du papier, pour éviter toute confusion. Ils indiquent : la date, le numéro de la salle, le nombre des malades, les noms de ceux qui se mouillent et sont malpropres, la liste des pièces de lingerie souillées, les noms des malades qui ont des attaques et le nombre de ces attaques, les noms de ceux qui sont agités et bruyants, de ceux qui sont malades et nécessitent des soins spéciaux, de ceux qui couchent dans des chambres isolées, de ceux qui prennent des stimulants (avec indication de la dose), la température de la salle, les plaintes au sujet de cette température, la température du malade s'il y a lieu, enfin tous les faits qui peuvent ou doivent être l'objet d'une mention spéciale, (morts, accidents, cas spéciaux, matelas mouillés, visites du personnel médical, etc,). Chaque matin le surveillant en chef de la nuit examine et paraphe les registres de nuit. Pour assurer la continuité du traitement, le rapport de nuit est lu chaque matin par le personnel de jour, et quand le soir, celui-ci remet le service au personnel de nuit, il lui remet en même temps que les médicaments et les extras nécessaires pour la nuit, un registre dont il a rempli les quatre colonnes; ces colonnes comprennent la première le nom des malades qui ont besoin de médicaments et d'extras; la seconde le nom des entrants; la troisième le nom des malades qui ont besoin d'une attention spéciale, la quatrième les observations. Le registre du surveillant en chef de nuit est très simple : sur une page, ordinairement presque blanche, il note ses observations spéciales; sur l'autre il inscrit les heures où il a commencé ses rondes de nuit (il en fait ordinairement cinq chaque nuit dans les salles de l'infirmerie et quatre dans les salles ordinaires) sans suivre un ordre régulier, et chacune de ces rondes est notée sur le registre de l'infirmerie de nuit; la température des salles, le nombre des malades malpropres dans chaque salle, le nombre des malades ayant eu des attaques, les visites du personnel dans les salles, les malades qui prennent des médicaments et des stimulants. Il doit aussi répondre par écrit à ces deux questions : Le personnel de nuit s'est-il bien acquitté de son service et y a-t-il eu des omissions dans les mesures à prendre à l'égard des malades difficiles, et pourquoi? La description de ces registres est longue à écrire; mais on conçoit que dans la pratique, leur tenue est fort simple.

Si l'on excepte la surveillance générale, mais réelle du médecin directeur et du personnel médical, de la matrone et de quelques autres fonctionnaires de l'asile, on voit que la perfection des soins et de la surveillance repose tout entière sur la personne qui a la surveillance générale; il faut donc que cette personne soit absolument digne de confiance, que l'on puisse s'en rapporter à elle pour signaler tout ce qui se passe sans crainte et sans partialité, et que l'on puisse compter sur elle pour agir avec sagesse dans les cas imprévus : il s'ensuit qu'il faut la rémunérer libéralement. la loger convenablement et lui donner une position sûre. Le Dr Robertson et le Dr Keay voudraient que cette personne fût une infirmière d'hôpital diplômée : l'auteur ne partage pas absolument cette opinion; en 1899 il y a eu à l'asile de Leavesden une épidémie de fièvre typhoïde, d'entérite et de pneumonie; on a fait venir 18 infirmières d'hôpital et l'on a pu voir nettement les inconvénients qui résultaient de leur manque d'habitude en matière de soins à donner aux aliénés : elles étaient moins habiles à prévenir les eschares que les infirmières de l'asile : elles avaient une tendance à recourir trop facilement à la contention mécanique et à l'isolement; si le malade déraisonnait, elles prenaient peur, et si comme il arrive souvent, son langage s'écartait considérablement des règles de la décence, elles se sauvaient.

Les efforts du surveillant en chef de nuit doivent être secondés par un personnel sachant observer les malades et habile à les manier : il est nécessaire pour cela de lui accorder une situation et un salaire supérieurs à ceux du personnel de jour ou des simples infirmiers ou infirmières. Il n'y a aucun inconvénient, du moins pour le personnel de nuit, à permettre l'habitation hors de l'asile, avec une allocation représentant le loyer, la nourriture et le blanchissage.

L'auteur aborde ensuite un point épineux, l'emploi des femmes pour soigner les aliénés malades et infirmes : sur ce point tout a été dit, et tous les arguments pour et contre ont été fournis : il n'y a pas lieu de les répéter, mais seulement de prédire que, avant longtemps, dans tous les asiles, les aliénés malades seront soignés par des femmes. A Leavesden, ce principe a été partiellement adopté puisque les six salles de l'infirmerie des hommes sont placées pendant le jour sous la direction d'une surveillante ayant son diplôme de l'Association Médico-Psychologique. Pour diverses raisons on n'a pu pousser plus avant l'application de la méthode, dont ces raisons toutes particulières ne sauraient diminuer l'excellence reconnue. Tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'il y a certains malades qui ne sauraient être soignés par des femmes, mais tous ceux qui ont loyalement tenté l'expérience savent combien ces cas là sont exceptionnels. L'auteur est d'avis que le service de l'infirmerie ne doit pas être confié conjointement à des hommes et

à des femmes. Il entre ensuite dans quelques considérations sur l'emploi des horloges-témoins, destinées à constater et à révéler le passage des rondes de nuit. Toutes, même les plus parfaites, sont inutiles et permettront toujours de tricher à qui voudra s'en donner la peine, car, dit M. Elkins, « l'esprit humain est plus subtil que « n'importe quel instrument. » Il a laissé ces horloges où il les a trouvées, mais n'en a point ajouté de nouvelles : peu importe en effet qu'un surveillant soit dans telle salle, à telle heure; ce qui importe, et ce que l'horloge ne dit pas, c'est ce qu'il y faisait d'utile.

L'auteur ne se propose pas ici de toucher au traitement des cas bruyants ou agités ni aux soins qu'ils nécessitent pendant la nuit : chacun de ces cas d'ailleurs demande à être observé et manié suivant les indications qui résultent de cette observation. Il faut ajouter qu'ils doivent être étudiés non seulement au point de vue mental mais au point de vue somatique, beaucoup de troubles organiques jouant un rôle considérable dans la genèse de l'agitation, de l'insomnie, etc. Souvent on s'apercevra qu'un malade est facilement agité la nuit parce que, avant son entrée, il exerçait un métier de nuit et avait l'habitude de dormir le jour, Le régime aura aussi une grande importance : tout le monde connaît ces malades atteints de boulimie sénile, qui dorment après leur repas. et tiennent la nuit tout un dortoir éveillé. Les infirmières de nuit doivent connaître tous les artifices capables de provoquer le sommeil, car en obtenant le sommeil on évite bien des symptômes aigus. Les jours de pluie, il y a des malades qui dorment moins bien. faute d'air et d'exercice. Les tuberculeux surtout ont besoin de vivre en plein air, et il est indispensable de leur procurer des abris.

Voyons maintenant les avantages obtenus à Leavesden par cette extension de la surveillance de nuit : d'abord les risques d'incendie, d'attaques imprévues, d'apoplexies et autres maladies soudaines, de suicide chez des malades non soupçonnés de cette tendance, et même d'homicide sont réduits à leur minimum. Si l'on compare l'état actuel à l'état ancien, le calme des salles et des dortoirs est surprenant. Naturellement, il y a quelquefois des malades bruyants, il n'en saurait être autrement, puisque, après tout, c'est un asile d'aliénés : mais dans le plus tranquille des villages ne trouve-t-on pas parfois un ivrogne attardé qui réveille les habitants? Un autre résultat très avantageux c est que les malades malpropres ont considérablement réformé leurs habitudes, au point que beaucoup d'entre eux sont devenus presque propres. Toutes les fois qu'un matelas est mouillé, une enquête est faite pour déterminer la cause, et savoir si c'est la surveillance qui a été en défaut.

Dans les deux asiles de Sunderland et de Leavesend, depuis l'adoption du nouveau système, non seulement les malades ont des nuits meilleures, mais sous l'influence d'un sommeil réparateur leurs journées deviennent meilleures, et leur état mental et physi-

que va s'améliorant. Les narcotiques sont très rarement employés.

On objectera peut-être que ce qui a été réalisable avec les malades de Leavesden ne l'est pas avec les malades d'autres asiles : l'auteur ne saurait accepter l'objection, car les opinions qu'il avance sont le résultat d'une expérience de quatorze années passées au milieu d'aliénés de catégories très diverses et dans des régions très différentes.

Discussion : M. Midlemass, collaborateur de l'auteur dans son premier travail, confirme sur tous les points les opinions émises dans celui-ci.

M. George Robertson, absent, fait donner lecture d'un travail qui ne fait que résumer son travail analysé par nous ici-même.

M. Rhodes, approuve l'emploi des femmes dans les salles d'hommes de l'infirmerie des asiles : il voudrait aussi que l'on adoptât un système d'enseignement professionnel spécial pour les infirmiers et infirmières d'asile.

Les autres orateurs n'apportent aucune objection ni aucune critique nouvelles. R. de Musgrave Clay.

V. **De l'organisation d'établissements ouverts et d'établissements fermés associés pour les aliénés et les névropathes**; par W. Bechterew. (*Obozrénié psichiatrii*, VI, 1901).

L'expérience permet d'affirmer que cette association a son utilité. La section ouverte s'applique aux nerveux, aux modalités moyennes intermédiaires aux psychoses et aux affections nerveuses, aux aliénés guéris et aux aliénés au début de leur maladie mentale, dont l'état permet, ne fût-ce que temporairement, le placement dans l'établissement ouvert.

La clinique mentale et nerveuse de St-Pétersbourg réunit sous le même toit, sous la même direction, l'asile fermé et la clinique nerveuse : celle-ci est reliée à la clinique mentale par une galerie fermée. Il existe conjointement une section spéciale neuro-psychique qui comprend quelques nevropathies et les formes mixtes de maladies mentales et nerveuses telles que : démence organique, et aussi quelques affections mentales comme : obssessions, paralysie générale, démence sénile, alcoolisme chronique. Cette section mixte munie d'ateliers, d'une petite ferme, de jardins, rend de très grands services.

Les asiles pourraient donc contenir, à côté de quartiers fermés, des quartiers ouverts, et des sections neuro-psychiques mixtes. Il ne faut pas oublier qu'il n'y a pas de bon aliéniste sans connaissances neurologiques. P. Kéraval.

VI. **Les salles de psychiatrie à l'hôpital de Copenhague**; par le professeur Knud Pontoppidon. (*The Journal of Mental Science*. Juillet 1902),

L'hôpital communal de Copenhague a été construit en 1863

pour recevoir toutes les catégories de malades pauvres de la ville.

Il était donc nécessaire de pourvoir au traitement des aliénés, et dans ce but on éleva sur les terrains de l'hôpital un pavillon spécial qui contenait 22 lits, mais que l'on a dû agrandir et qui en renferme aujourd'hui 54. Il n'était pas, et n'est pas actuellement destiné à servir d'asile, mais seulement de séjour temporaire d'admission : si les malades ne sont pas rapidement améliorés, ils sont dirigés sur un asile. En même temps que les aliénés, il reçoit les malades qu'il est nécessaire de séparer des autres, ceux qui ont des idées de suicide, les épileptiques, et les cas graves d'intoxication alcoolique. Depuis que le médecin qui dirige ce pavillon a été nommé médecin de la cour de justice, on y place aussi les inculpés dont l'état mental a besoin d'être étudié. La salle a la forme d'un corridor, et les 54 lits sont ainsi répartis : 20 chambres contenant un lit; trois chambres contenant deux lits ; quatre chambres en contenant quatre et deux contenant six lits. Les hommes sont au rez-de-chaussée, les femmes au premier. Les malades bruyants sont à l'extrémité de chacun des étages, séparés des autres par un mur. Malgré les agrandissements réalisés, et malgré la courte durée du séjour des malades (les moyennes décennales montrent qu'elle ne dépasse pas vingt-trois jours), le pavillon devient insuffisant, et de nouveaux agrandissements sont à l'étude.

Depuis 1888, le système d'isolement au moyen de portes fermées à clef a été graduellement abandonné, et le système des portes ouvertes est complètement en vigueur. En même temps qu'on introduisait cette modification, on renonçait absolument aux moyens mécaniques de contention, et presque absolument à l'emploi des narcotiques. On essaye de calmer les malades par des moyens plus inoffensifs et plus humains, tels que le repos au lit, le maillot humide et les bains chauds prolongés. Ce n'est qu'en cas de paroxysmes violents, dangereux pour le malade et pour le personnel qu'on prescrit les narcotiques.

S'il est nécessaire dans un cas chirurgical, d'empêcher le malade de se lever, on le maintient couché au moyen d'une ceinture de cuir qui s'attache au lit, et qui empêche le blessé de se lever, mais en laissant aux membres leur entière liberté. C'est encore en 1888 que fut accomplie une autre réforme très importante. Les femmes qui donnaient des soins aux malades étaient d'une catégorie trop inférieure et d'une instruction insuffisante ; elles ont été remplacées par des infirmières plus compétentes et d'un rang social plus élevé ; depuis cette même époque le quartier des hommes est également desservi par des femmes, sauf pour quelques malades trop difficiles ou atteints de *delirium tremens*. Ce changement a donné les meilleurs résultats. On a même remarqué que des malades violents et excitables qui menaçaient de frapper les gardiens se calmaient aisément sous la dirction d'une infirmière ferme et bienveil-

lante. On avait craint que les idées obscènes de certains aliénés ne rendissent l'emploi des femmes difficile, il n'en a rien été; ces tendances obscènes, d'ailleurs, se rencontrent beaucoup plus fréquemment dans les asiles du côté des femmes que du côté des hommes. Tout bien considéré, la réforme dont il s'agit a réalisé des avantages immenses à tous les points de vue.

Ce pavillon a rendu de grands services aussi aux étudiants et aux jeunes docteurs, en leur fournissant le moyen de se familiariser avec la psychiatrie clinique. Depuis vingt ans, le médecin-chef (qui est aussi professeur de Psychiatrie clinique) fait des leçons régulières, et qui, depuis plusieurs années sont obligatoires, si bien que les étudiants ne peuvent passer leur examen final sans les avoir suivies. De plus les médecins-adjoints de l'hôpital font à tour de rôle le service du pavillon des aliénés. Il est très important pour l'enseignement psychiatrique d'être ainsi alimenté par des malades qui se renouvellent incessamment. car les futurs médecins apprennent ainsi précisément ce qu'ils auront besoin de savoir plus tard, le diagnostic et le traitement des maladies mentales à leur début. Enfin, au point de vue médico-légal, les élèves trouvent là une occasion rare d'apprécier l'état mental et la responsabilité des inculpés, suspectés de maladies mentales.

L'hôpital y trouve aussi son avantage, car il envoie à ce pavillon ceux de ses malades qui, au cours d'autres maladies sont atteints de psychoses intercurrentes, ce qui n'est pas rare chez les alcooliques par exemple ; une fois la psychose guérie, ils rentrent dans leur salle.

Il faut signaler aussi que par le seul fait qu'il appartient à un hôpital général, ce pavillon inspire aux familles moins de répugnance que l'asile, et qu'on y amène les malades plus tôt et plus volontiers qu'on ne les conduirait à l'asile. En somme, on peut dire que depuis trente-neuf ans que ce pavillon existe, les services qu'il a rendus sont évidents, et que ses inconvénients ont été nuls.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

VII. **Les mesures prises par l'état à l'égard des aliénés**; par L.-J. MORTON (*The New Yorck Medical Journal*, 12 avril 1902).

Dans ce travail, pourtant assez court, l'auteur aborde des sujets nombreux et divers : il s'occupe successivement du logement des aliénés, de l'accroissement et des causes de la folie, des sanatoriums privés, de l'internement des aliénés, du traitement à domicile, de la classification, du traitement médical et de l'emploi des hypnotiques. R. M.-C.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 27 juillet 1903. — Présidence de M. G. Ballet.

Paralysie générale sénile.

M. Toulouse rapporte un cas de paralysie générale chez une femme âgée de soixante-douze ans.

Stigmates psychiques tardifs de dégénérescence mentale.

Le Secrétaire général communique, au nom de M. Wahl, l'observation d'une femme qui a présenté pour la première fois, à l'âge de cinquante-huit ans, diverses manifestations hystériques avec impulsions à frapper et prononcer des mots orduriers.

Hallucinations unilatérales de l'ouïe chez un paralytique général.

M. Sémelaigne rapporte l'observation d'un paralytique général présentant des hallucinations unilatérales de l'oreille gauche. Il entend parfois deux voix chantant des duos, se disputant en tenant des propos grossiers.

M. d'Heur communique aussi quelques observations de paralytiques généraux ayant eu des hallucinations de l'ouïe. Chez l'un d'eux les hallucinations semblaient être en rapport avec une affection streptococcique.

M. Boissier rappelle l'histoire d'un paralytique général observé par lui dans le service de M. Magnan et qui avait des hallucinations multiples de tous les sens sauf de la vue.

M. G. Ballet a observé aussi un paralytique général ayant des hallucinations bilatérales, comme en ont les délirants chroniques, et dont M. Vallon donnera l'histoire clinique complète dans une prochaine séance.

Délire hallucinatoire chez un brigtique.

M. Vigouroux expose le cas d'un artério-scléreux albuminurique ayant un délire hallucinatoire assez actif, sur lequel le régime lacté fut sans influence bien que l'albuminurie eut diminué. Deux ponctions lombaires avec écoulement, 15 et 30 centimètres cubes

de liquide céphalo-rachidien furent pratiqués. La diminution de la tension intra-rachidienne aurait eu pour effet de favoriser l'élimination des toxines agissant sur la cellule cérébrale et le malade guérit de ses troubles intellectuels.

M. Legrain compare au malade de M. Vigouroux un de ses malades dont les manifestations pénibles du petit briglisme s'amélioraient après chaque ponction lombaire pratiquée chez lui. Ce malade qui est en même temps épileptique verrait ses attaques diminuer après chaque ponction.

Buveurs intermittents.

M. Halberstadt communique en son nom et au nom de M. Legrain un travail sur les buveurs intermittents chez lesquels l'impulsion à boire peut être considérée comme l'équivalent psychique d'une sorte d'épilepsie larvée. Marcel Briand.

Séance du 25 octobre 1903. — Présidence de M. G. Ballet

Mort de Théophile Roussel.

Le Président annonce la perte cruelle que vient de faire la Société médico-psychologique en la personne de son ancien président, Théophile Roussel, décédé pendant les vacances. Théophile Roussel, ajoute-t-il, appartenait depuis plus de trente ans aux assemblées législatives ; tout le monde connaît la part prise par le savant à la confection des lois sur l'ivresse, la santé publique, les enfants du premier âge et les enfants moralement abandonnés.

Par ses travaux sur le pellagre et son projet de loi sur le régime des aliénés, Théophile Roussel nous appartenait. C'est à ce titre qu'il fut appelé à la présidence de la Société médico-psychologique et à celle du Congrès des aliénistes et neurologistes en 1900.

L'Institut, l'Académie de médecine, le Sénat, dans l'éloge funèbre de ce savant, nous ont fait connaître ce qu'était l'homme de bien que la mort nous a ravi.

La séance est ensuite levée en signe de deuil.

Reprise de la séance.

Présidence de M. G. Ballet

Paralysie générale précoce chez une jeune fille de dix-neuf ans.

Mlle Géry présente une jeune fille de dix-neuf ans, atteinte de paralysie générale précoce. Cette jeune fille avait la syphilis au moment de son allaitement, ainsi que sa mère et sa nourrice.

M. G. Ballet fait ressortir que le principal intérêt du cas présenté par Mlle Géry réside dans la coexistence de la paralysie générale et de la syphilis, que celle-ci soit héréditaire ou acquise.

Hallucinations de l'ouïe chez un paralytique général.

M. Vallon communique l'observation d'un paralytique général ayant des hallucinations de l'ouïe, d'une nature un peu particulière. Ce malade croyait entendre parler les objets inanimés, tels que les ressorts de fauteuils ou de voitures. Les fauteuils l'insultaient tandis que les tramways lui adressaient des paroles encourageantes.

M. Marcel Briand, sans rechercher s'il s'agit d'illusions ou de véritables hallucinations, fait remarquer que ces troubles sensoriels ont le caractère démentiel des hallucinations des paralytiques généraux à une certaine période de leur maladie. Il faut, conclut-il, être vraiment P. G. pour se dire injurié par un fauteuil.

Marcel Briand.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 5 novembre 1903. — Présidence de M. Déjerine, V.-P.

A propos du procès-verbal M. Dufour déclare que depuis la dernière séance son opinion s'est modifiée au sujet de la malade qu'il avait présentée. Il la considérait alors comme une hystérique présentant du clonus du pied. Actuellement tous les phénomènes de névrose ont disparu, la maladie a évolué, le clonus du pied reste. Il s'agit bien d'une lésion organique. Cette femme était donc atteinte d'un état organique qu'étaient venus compliquer transitoirement des accidents hystériques. La valeur séméiologique du clonus du pied n'est donc pas infirmée par ce cas.

La main bote dans la maladie de Friedreich.

MM. Cestan et Sicard décrivent au cours de la maladie de Friedreich une déformation de la main analogue à celle qui se produit au niveau du pied chez ces malades. « Le signe de la main bote » doit donc prendre sa place à côté du « pied bot » des auteurs classiques.

Les analgésies viscérales dans la maladie de Friedreich.

MM. Cestan et Sicard ont étudié au cours de la maladie de Friedreich les analgésies viscérales non recherchées jusqu'ici chez

de tels malades. Ces analgésies sont fréquentes et analogues cliniquement à celles que l'on rencontre dans le tabès.

Sclérodermie à disposition radiculaire.

MM. Huet et Sicard montrent une malade atteinte de sclérodermie du membre inférieur gauche répartie en bandes occupant le territoire radiculaire inférieur du plexus brachial. Des applications d'électricité à haute fréquence ont amené une certaine amélioration.

Deux cas de myélite aiguë au cours d'un carcinome secondaire de la dure-mère ou de la moelle.

MM. Gilbert-Ballet et Laignel-Lavastine présentent les préparations des mœlles de deux cancéreux, qui ont succombé avec le syndrome de la *paraplégie flasque*. L'histoire clinique de ces deux malades est analogue ; elle peut se résumer ainsi : cancer viscéral ; cachexie, puis brusquement paraplégie flasque des membres inférieurs avec participation des sphincters et anesthésie cutanée remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic. L'examen anatomique a montré dans les deux cas une myélite aiguë transverse de la région dorsale inférieure et des lésions cancéreuses.

Dans le premier cas, elles consistaient en : carcinome de l'estomac à petites cellules, propagation aux corps vertébraux, embolie cancéreuse dans une artère dure-mérienne antérieure à la hauteur du 7e segment dorsal et noyaux cancéreux intra-médullaires dans le 8e segment dorsal.

Dans le 2e, elles consistaient en : cancer du corps du pancréas paraissant primitif, cancer secondaire du foie, des ganglions lymphatiques péri-pancréatiques, pré-rénaux, médiastinaux, trachéo-bronchiques, propagation à la dure-mère par les trous de conjugaison ; avec intégrité des vertèbres, pachyméningite externe cancéreuse du 10e au 11e segment dorsal, compression et dégénérescence radiculaire sans infiltration cancéreuse de la 10e racine dorsale postérieure droite.

Dans l'un et l'autre cas, l'évolution clinique se divise en trois actes : cancer viscéral, colonisation subaiguë médullaire ou péri-médullaire sans symptomatologie appréciable, sans accidents de compression, puis *brusquement myélite aiguë et paraplégie flasque*.

Il ne paraît pas douteux que la myélite aiguë est à elle seule responsable de la paraplégie flasque survenue aussi rapidement. Les colonisations cancéreuses médullaires ou périmédullaires n'ont pu et ne pouvaient produire qu'une irritation et non une suppression fonctionnelle.

Hystérotraumatisme ou foyers hémorrhagiques avec prédominance bulboprotubérantielle.

MM. Léopold Lévi et Mellouzel présentent un sujet de trente ans victime d'un accident du travail à la suite d'une chute grave le 28 juillet 1903. Il fut atteint de troubles nerveux multiples qui semblaient d'abord se rapporter à l'hystéro-traumatisme.

Mais l'existence d'une trépidation épileptoïde bilatérale mit sur la voie des lésions des centres nerveux. On constate alors le syndrome cérébelleux de Babinski (asynergie et catalepsie cérébelleuses, troubles de la diadococinésie). Une hémianesthésie sensitivo-sensorielle droite avec surdité du côté opposé (paralysie alterne sensitive) et myosis bulbaire, put être rattachée à une lésion siégeant à la protubérance et intéressant le faisceau pyramidal (signe de l'abduction des orteils de Babinski). Enfin les auteurs considèrent comme organiques les phénomènes de myoclonie que présente encore le malade, et ils expliquent par des foyers hémorrhagiques accessoires l'hémianesthésie droite et le pleurer spasmodique du sujet.

M. Babinski à l'appui des conclusions de M. Lévi présente un malade syringomyélique présentant très typiquement l'*immobilité cireuse cérébelleuse* et insiste sur l'utilité medico-légale de ce signe en présence des accidents du travail.

M. Sicard ajoute que si ces signes imposent le diagnostic de lésion organique la ponction lombaire complète aussi la certitude et constitue elle aussi un important document médico-légal.

Etude comparative de la fatigue au moyen de l'ergographe chez des neurasthéniques et des myopathiques.

MM. Gilbert-Ballet et Jean Philippe présentent les ergogrammes qui ont servi de base à leur communication au XIIIe Congrès des aliénistes et neurologistes à Bruxelles. Chez l'adulte normal, l'ergogramme montre un relèvement immédiat et constant de l'énergie épuisée par un travail précédent.

Au contraire chez les neurasthéniques étudiés, les forces reviennent beaucoup plus lentement, plus irrégulièrement et ne se maintiennent pas au même niveau : parfois même la fatigue continue de s'accumuler malgré les intervalles de repos.

L'automatisme mental des aphasiques.

MM. Pierre-Marie et Vaschide. Il résulte des recherches expérimentales de ces auteurs, que l'automatisme mental des aphasiques ne ressemble guère à l'automatisme normal. Des sujets n'ont pas à leur disposition cette ressource riche d'images et des éléments

sensoriels qui les guident et facilitent l'intelligence ou l'exécution d'un acte. L'automatisme mental des aphasiques se polarise facilement ; les sujets sont comme *intoxiqués* par un mot, par une image, par une phrase ou par un acte qu'on leur demande de répéter ou d'exécuter incidemment. Leur automatisme mental ne peut pas évoluer ou s'adapter à une autre série d'images : il est immobilisé et il contribue à rendre de plus en plus l'image première automatique au lieu de servir comme substratum général à toute forme de l'effort intellectuel. La polarisation se fait surtout autour du premier effort, autour de la première adaptation réalisée. L'automatisme mental des aphasiques est isolé ; il n'évolue pas à cause de son isolement et il rend à cause de ce fait de plus en plus obsédante l'image première. La fatigue augmente cette obsession et finit par la transformer en une profonde distraction.

Défaut de coordination des muscles oculo-moteurs chez les ataxiques.

MM. Mirallié et Desclaux, avec leur méthode spéciale, ont examiné l'état de la musculature oculaire de trois tabétiques. Leur premier malade, quarante-neuf ans, tabétique avec ataxie très accentuée surtout depuis quatre ans et demi, n'a jamais eu ni paralysie oculaire, ni strabisme, ni aucun trouble visuel. Placé à cinq mètres d'un tableau sur lequel est peint un disque coloré, le malade le voit nettement, comme un individu normal.

Plaçant alors un tube tronconique devant l'un des yeux, l'autre œil étant fermé, on s'assure que le disque est bien dans le champ visuel de cet œil ; le malade ouvre alors l'autre œil ; immédiatement il voit deux disques et cette diplopie malgré tous ses efforts, le malade est incapable de la corriger. S'il ferme un œil, que ce soit celui devant lequel est placé le tube ou l'autre, il ne voit qu'un seul disque ; parfois, la diplopie semble disparaître, bien que le malade ait les deux yeux ouverts, mais c'est que, alors, le malade ne regarde le disque que d'un œil, l'autre œil ne le voit pas ; mais si le malade cherche à apercevoir le disque avec les deux yeux, la diplopie apparaît : dans la vision binoculaire, un des plans visuels étant fixé par le tube. Il y a diplopie. — Nous retirons le tube, la diplopie disparaît, et, dans la vision binoculaire ordinaire, il n'y a pas trace de diplopie ; nous plaçons le tube devant l'autre œil, immédiatement la diplopie réapparaît.

Le second malade est un tabétique ataxique très avancé ayant un peu de strabisme et du ptosis d'un côté ; même examen, mêmes phénomènes. Le troisième malade moins ataxique que les deux autres n'a jamais eu aucun trouble oculaire et ne présente pas à l'examen spécial les mêmes phénomènes. La diplopie n'apparaît qu'avec un prisme de 4° pour les droits supérieur et inférieur, et

à 8° pour le droit interne. Les muscles homologues des deux yeux ont rigoureusement la même puissance.

Les auteurs en concluent que, dans la vision oculaire normale, l'ataxique arrive inconsciemment à faire converger les axes visuels sur un même point et à éviter la diplopie ; mais vient-on à troubler ces conditions de la vision normale, à demander aux muscles oculaires un effort voulu, un acte de motilité consciente et précise, la diplopie apparaît : celle-ci n'est donc que la conséquence d'un défaut de coordination, d'une ataxie des muscles oculaires. Donc :

1° Chez le tabétique arrivé à un degré avancé de l'ataxie, il existe, dans les muscles oculo-moteurs, un défaut de coordination latent, une ataxie latente, insuffisante pour provoquer un trouble subjectif quelconque de la vision dans les conditions normales, mais qui apparaît dès que, par un artifice, on immobilise l'axe visuel d'un œil.

2° Les muscles oculo-moteurs participent à l'incoordination motrice, tout comme les autres muscles du corps. L'ataxique ne commande pas mieux à ses muscles oculo-moteurs qu'aux muscles des membres, et l'incoordination motrice est un symptôme de toute la musculature.

3° Ce trouble de la coordination des muscles oculaires est un symptôme tardif, dans le tabes ordinaire ; il manque au début de la maladie et n'apparaît que quand l'incoordination est déjà très accentuée aux membres inférieurs et aux membres supérieurs. Il serait intéressant de rechercher l'époque d'apparition de ce symptôme dans les cas de tabes supérieur.

Faits en désaccord avec la loi de Waller et discussion des notions en cours sur la structure et le fonctionnement des organes nerveux.

M. Durante présente les pièces d'un cas de section des nerfs de l'avant-bras dans lequel le bout périphérique ne s'est pas atrophié. Il rapporte à ce propos de nombreuses observations semblables empruntées à divers auteurs et tendant à infirmer la notion de la cellule nerveuse considérée comme centre trophique de la fibre nerveuse correspondante et l'unité cellulaire du neurone. Même séparée de sa cellule la fibre sectionnée continue à fonctionner et à se nourrir si elle est atteinte par le courant nerveux général. Le cylindraxe ne serait pas un produit de la cellule nerveuse, et le nerf périphérique ne serait pas issu par bourgeonnement de l'axe central, pas plus que la cellule de myéline ne serait venue l'entourer accessoirement, mais il serait un produit interne de cette cellule à myéline dont il ferait partie intégrante. M. Durante, appuyé d'une opulente bibliographie, se range du côté de ceux qui considèrent comme dépeinte la théorie du neurone.

Thyroïdites chroniques chez les aliénés.

M. Dide rapporte le résumé de cinquante-neuf observations d'altérations thyroïdiennes chez des aliénés divers. La glande thyroïde est très fréquemment atteinte chez ces malades, que son volume reste normal, qu'il soit diminué ou qu'il soit augmenté, car les trois cas se présentent. Sa sclérose est la lésion habituelle, elle peut être vésiculaire, ou générale, nodulaire, diffuse ou interstitielle, prenant son origine autour des vaisseaux. Ayant remarqué, chez une femme de trente-sept ans atteinte de démence précoce catatonique, la fréquence des œdèmes : œdème froid et gélatiniforme du pied, non influencé par le lit ni par le lait, l'auteur eut l'idée d'appliquer le traitement thyroïdien qui amena une amélioration sensible de l'état mental. Les états œdémateux fréquents chez les déments précoces seraient-ils à rapprocher du myxœdème ?

M. Ballet voudrait être plus certain que la malade de M. Dide soit bien une démente précoce et demande que la suite de l'observation soit communiquée dans trois mois. F. Boissier.

XIIIe CONGRÈS

DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Tenu à Bruxelles, du 1er au 8 août 1903

(Additions)

Traitement de la chorée arythmique hystérique par l'immobilisation. — De l'influence de la vue comme élément d'auto-suggestion dans la genèse des phénomènes hystériques.

M. Huyghe (ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Lille). — Parmi les états pathologiques d'observation courante, il en est peu qui furent l'objet de médications aussi variées que les chorées arythmiques. — Elles peuvent se classer en trois groupes : chorée de Sydenham ; chorées chroniques progressives de l'adulte et de l'âge mûr ; chorées symptomatiques. A cette classification il faut ajouter la chorée hystérique et ses diverses variétés.

L'auto-suggestion pourra déjà rendre un service réel, celui d'étayer l'opinion du médecin ; enfin s'il s'agit de chorée hystérique, elle amènera une guérison rapide et définitive. Nous avons employé les méthodes diverses déjà décrites. *Hypnose* et commandement durant le sommeil provoqué : *inhalations de chloroforme*,

alors que l'hypnose était par trop lente à obtenir, ou d'une difficulté presque insurmontable, inhalations amenant la résolution, mais non le sommeil complet, commandements durant cette période. — Résultats presque nuls. — *Bleu de méthylène*. — Bracelets au collodion iodoformé, ou au collodion coloré en rouge ou en bleu, bracelets dessinés sur les membres animés de contractions spasmodiques. Résultats incertains. Nous avons eu enfin recours à une médication qui jusqu'à ce jour ne compte pas d'insuccès : le malade est chloroformisé d'une façon incomplète; après quelques bouffées de chloroforme, l'anesthésie n'étant même pas recherchée, nous opérons quelques frictions sur les membres atteints, frictions perçues par le malade; puis, toujours sous chloroforme, les membres sont placés en des gouttières; bras et jambes sont complètement immobilisées et la gouttière dûment ouatée est complètement close par des bandes de toile. Nous maintenons l'immobilisation durant cinq à six jours; ce temps écoulé, le pansement est enlevé et en général tout mouvement choréiforme a disparu. Mais s'il persistait quelque mouvement, si minime soit-il, de nouveau les membres atteints sont replacés en gouttière et durant le même temps.

Ce traitement ne peut être appliqué que dans les formes relevant de l'hystérie; il a sur les autres les avantages suivants : 1° le malade est toujours en auto-suggestion; 2° le malade *ne voit plus ses membres*, il oublie donc de bouger.

L'auteur cite des observations où la guérison survenue est due à l'auto-suggestion, mais, fait notable, l'auto-suggestion ne fut vraiment curative que consécutivement à l'enveloppement complet des membres.

De la sélection négative.

M. Toutichkine (de Kharkoff). — On sait que les questions de l'hérédité pathologique dans les maladies mentales et nerveuses sont étudiées le mieux par les savants français. Il ne faut que se rappeler les noms de Lucas, Morel, Moreau de Tours, etc. M. Trélat dit que l'hérédité est la cause des causes des maladies mentales. Selon M. Déjérine, les affections nerveuses sont toujours héréditaires. Le célèbre Morel est le père de la science de la dégénérescence héréditaire en résultat de l'hérédité pathologique *progressive*. M. Ch. Féré, dans sa *Famille névropathique* — œuvre que j'ai eu l'honneur de traduire en russe — emploie le terme « sélection pathologique », analogue à la sélection sexuelle de Darwin : il fait attention sur le rôle des mariages entre les dégénérés, déséquilibrés; sur le rôle de l'hérédité morbide double du côté du père et du côté de la mère. On sait que, selon Charcot, les nerveux se recherchent. Notre cher confrère, M. Legrain, a noté la fréquence

des mariages entre les alcooliques. Une autre espèce de sélection pathologique, ce que j'appelle « sélection négative *artificielle* », analogue à celle de Darwin, est notée déjà dans la littérature médicale, quoique nous n'ayons pas trouvé des travaux spéciaux, consacrés à cette question, sauf ceux de M. Ireland, qui constate la dégénérescence de la famille royale d'*Espagne* en résultat des mariages des membres de cette famille entre eux. Esquirol dit que les maladies mentales se rencontrent 60 fois plus souvent dans les familles aristocratiques que dans le reste de la population, ce qui dépend de la sélection pathologique artificielle. Je ne veux pas vous fatiguer en citant d'autres exemples.

Mais nulle part, dans la littérature médicale, je n'ai trouvé des indications sur la sélection négative *naturelle* qui s'accomplit d'une manière inconsciente, automatique. Je me suis intéressé à la question, s'il se rencontre souvent en général l'hérédité pathologique *double*, ou convergente dans l'étiologie des névroses et des psychoses, dans celle de la dégénérescence familiale. Si c'est juste, alors les mariages entre les personnes pathologiques dans la large acception de ce mot, quelles que soient leurs causes, jouent un rôle incontestable comme un facteur de l'hérédité pathologique *progressive*.

Voilà le but de mes recherches sur ce sujet que j'ai entreprises il y a déjà quelques années, et que j'ai publiées en russe dans une œuvre sous le titre : « *Le rôle de la sélection négative dans le processus de la dégénérescence familiale — ou les principes du darwinisme dans la pathologie* ». — Je demande pardon à l'assemblée honorable de ne pas être du tout préparé à la communication que j'ai décidé de faire, il n'y a que deux jours, sur la proposition de mon cher collègue, M. Marie. C'est pourquoi je ne puis pas expliquer ici brièvement, mais d'une manière compréhensible, les détails de la technique de mes recherches, et je ne m'arrêterai que sur les principes. En étudiant l'hérédité de mes malades (des cliniques et des hôpitaux de Moscou), je notais, dans leurs familles, les personnes chargées de tares, les personnes dégénérées, ou pathologiques dans la large acception de ce mot, par exemple, aliénés, épileptiques, hystériques, invétérés, imbéciles ou idiots, alcooliques, chroniques graves, tuberculeux, dégénérés supérieurs proprement dits, bizarres, démoralisés, criminels, vicieux [1].

[1] On trouvera de très nombreux documents sur l'hérédité, la consanguinité, les impressions et obsessions maternelles, les accidents de l'accouchement, l'alcoolisme, les professions insalubres, etc., etc., dans les 25 volumes de nos *Compte-rendus*. Nous les signalons car beaucoup de neurologistes ne semblent pas les connaître. (B.)

Tics des lèvres. Chéilophagie, chéilophobie.

M. Henry Meige (de Paris). — Les muscles des lèvres prennent part à un grand nombre d'actes fonctionnels : ils coopèrent notamment à la mastication et à la mimique : aussi les tics des lèvres sont-ils extrêmement communs : moues, succions pincements, rictus de toutes sortes. Les lèvres jouent aussi un rôle dans les fonctions de la respiration, de la phonation ; on voit ainsi des tics des lèvres compliquées de bruits respiratoires et laryngés. Mais, en dehors des tics proprement dits qui se distinguent par leur caractère convulsif, les lèvres sont encore l'occasion et le siège d'habitudes motrices intempestives dont la plus fréquente est la *chéilophagie*.

Les « mangeurs de lèvres » sont certainement aussi nombreux que les « rongeurs d'ongles », et se recrutent dans la même catégorie de névropathes et de déséquilibrés que ces derniers. Les mêmes causes d'ailleurs entraînent les habitudes onychophagiques et chéilophagiques. L'abondance et la délicatesse des terminaisons sensitives dans les régions unguéales et labiales expliquent la multiplicité de l'acuité des incitations qui en partent, et dont chacune peut être l'occasion d'une réaction motrice. Chacun de ces mouvements provoquant à son tour une sensation nouvelle excite, chez un prédisposé friand d'impressions sensitives, le désir de recommencer. Par la répétition, l'acte passe à l'état d'habitude ; le besoin de l'exécuter devient de plus en plus impérieux ; sa non-satisfaction s'accompagne d'une véritable souffrance. Et comme sa volonté est trop fragile et trop versatile pour opposer une vive résistance, le chéilophage, comme l'onychophage, finit toujours par céder à la tentation.

La chéilophagie s'observe surtout dans le jeune âge. Son point de départ est généralement une excoriation labiale, plus souvent encore les gerçures causées par le froid. Les pellicules d'épiderme soulevé provoquent une sensation désagréable que le sujet cherche à faire disparaître par un frottement de la langue ou une morsure des dents, dont l'effet dépasse le but, en augmentant l'érosion et en même temps la douleur. Mais il recommence dès que celle-ci s'est atténuée. Certains, au lieu de mordre leurs lèvres, préfèrent les gratter avec leurs ongles, ce qui ajoute aux inconvénients de cette mauvaise habitude les dangers de l'infection. Quel que soit le procédé, il a pour résultat une tuméfaction des lèvres accompagnée ou non de petites plaies saignantes ou croûteuses[1].

La chéilophagie est justiciable des mêmes procédés de traitement que toutes les habitudes intempestives. La surveillance des parents suffit parfois à l'enrayer. Elle disparaît en général à l'âge adulte, où elle est souvent remplacée chez l'homme par une habitude similaire, la *trichophobie*, acte de manger les poils de la barbe.

ou par l'acte de friser jusqu'à les briser les poils de la moustache. On peut donner le nom de *chéilophobie* à une variété de nosophobie dont M. Meige rapporte un exemple curieux, chez un tiqueur qui fut guéri à la fois de ses tics et de sa phobie labiale.

En pareil cas, la meilleure psychothérapie consiste à dire la vérité. Car les *idées fixes* ont souvent pour point de départ des *idées fausses*. Il faut rechercher ces dernières et s'efforcer d'en démontrer la fausseté, non seulement par des paroles, mais à l'aide d'expériences qui nécessitent la collaboration active du malade et dont les bons résultats lui font reconnaître l'absurdité de ses phobies [1].

Traitement sérothérapique du goître exophthalmique d'après la méthode de Ballet et Enriquez.

Nous avons donné (p. 261) un résumé de cette communication faite par M. Hallion en son nom et en celui de M. Carrion. Elle a donné lieu à la discussion suivante :

MM. Gilbert Ballet et Enriquez (de Paris). — Nous avons écouté la communication de MM. Hallion et Carrion avec le plus grand intérêt. Si depuis 1895, date à laquelle nous avons exposé les résultats encourageants de notre méthode sérothérapique, nous n'avons pas continué nos recherches, c'est que successivement nous nous sommes butés à une série de difficultés. En premier lieu, les chiens éthyroïdés succombent rapidement à l'ablation du corps thyroïde. En deuxième lieu, le sérum de chien avait provoqué chez deux de nos malades des accidents locaux et généraux (tétanie, accidents convulsifs), qui nous avaient fait cesser le traitement. Quand plus tard on essaya en Allemagne de remplacer notre sérum par le lait d'animaux éthyroïdés, de chèvres plus particulièrement, nous avons également à plusieurs reprises essayé ce mode de traitement. Les résultats que nous avons obtenus ont été encourageants. Mais cette fois-ci encore des difficultés d'ordre pratique, absence de local, difficulté de donner aux animaux en lactation une alimentation qui leur convienne, ne nous ont pas permis de continuer notre expérience comme nous aurions voulu. Aussi sommes-nous heureux que MM. Hallion et Carrion aient repris cette recherche avec l'autorité de leur talent d'expérimentateurs. Le produit total du sang d'animaux éthyroïdés qu'ils nous présentent nous permettra désormais de multiplier des recherches et de juger en dernier ressort, au point de vue clinique, les considérations théoriques qui nous avaient amenés à l'essayer en 1895.

[1] On trouvera un bel exemple de chéilophagie dans le *Compte rendu* de Bicêtre de 1902, p. 206.

BIBLIOGRAPHIE.

XXVII. *La Chorée mentale et son traitement*; par le Dr Jean Demoor (*Bull. de la Soc. royale des Sciences méd. et nat. de Bruxelles*. 2 juillet 1900.)

La chorée mentale des enfants est un état psychique sur lequel on n'a pas jusqu'ici suffisamment attiré l'attention en psychiatrie.

Trois observations servent à en préciser les caractères cliniques : un premier garçon de 7 ans, présente une agitation extrême avec une attention impossible à fixer. Instabilité mentale complète et mobilité musculaire extraordinaire. Pourtant il n'est pas très arriéré, il se montre très affectueux et il n'a aucune manifestation de chorée musculaire, car il prend très facilement et très régulièrement les objets les plus petits. C'est un exemple de *chorée mentale sans insuffisance psychique*.

Le second garçon, âgé de 10 ans, est tout aussi agité, et ne reste pas une minute tranquille ni silencieux, parlant, chantant, remuant, courant sans cesse. Mais, en outre, de la chorée mentale. il y a chez lui une insuffisance psychique (idiotisme du premier degré).

Un troisième, âgé de 9 ans, danse, parle, chante, frappe des mains, embrasse les enfants qui l'entourent, faisant tout d'une manière saccadée et absolument typique, et, néamoins, il n'y a chez lui non plus, aucune manifestation choréique des muscles. Nystagmus, masturbation, Intelligence bonne.

En somme, la chorée mentale est une *maladie de l'attention*, caractérisée par l'inconstance et l'insuffisance de l'attention et de la volition, et greffée le plus souvent sur un état d'insuffisance psychique peu prononcé.

L'intérêt de cet état mental consiste surtout dans l'efficacité du traitement qu'on peut diriger contre lui : une discipline musculaire progressive, par un véritable traitement mécanique, montre la réelle valeur éducative, au point de vue intellectuel, du mouvement bien compris et bien exécuté.

Mais la mobilité de l'attention rend très difficile cette régularisation des contractions musculaires. Aussi a-t-on essayé d'appliquer à ces cas la méthode des exercices eurythmiques et de favoriser l'activité des centres rolandiques en l'associant à celle des centres acoustiques mis en éveil par des excitations musicales bien rythmées. Ainsi les centres rolandiques entrent en travail d'une manière presque automatique, et par association avec les centres acoustiques corticaux.

Par cette méthode, d'ailleurs très comparable aux exercices musculaires et phonétiques associés que M. Bourneville emploie depuis de longues années dans son service de Bicêtre, l'auteur a obtenu des améliorations notables chez les trois jeunes garçons qu'il avait fait admettre à l'école d'enseignement spécial.

Pierre Roy.

XXVIII. *Topografia de los nucleos de los segmentos medulares del hombre* (Topographie des noyaux gris des segments médullaires de l'homme), avec 72 planches (95 dessins); par le Dr José T. Borda, chef de clinique de psychiatrie. — Buenos-Aires, 1902.

Travail très consciencieux et complet basé sur l'étude méthodique et comparée de six moelles appartenant à des sujets morts à un âge adulte, et n'ayant présenté pendant leur vie aucun trouble pouvant dépendre d'une altération médullaire. Ces moelles ont été débitées en coupes sériées et traitées par la méthode de Nissl.

On voit ainsi très exactement toute l'étendue des noyaux d'origine des nerfs *moteurs* du tronc et des membres. Ces noyaux sont échelonnés dans toute la hauteur de la moelle, formant une colonne ininterrompue, visible en différents segments médullaires sur les coupes transversales. Il n'existe donc pas une segmentation des centres médullaires, en forme ganglionnaire, comme on le croit communément. L'origine réelle des nerfs du tronc et des membres est tout à fait distincte; les nerfs du tronc ont leur origine dans la *colonne interne motrice* et les nerfs des membres dans la *colonne latérale*. (L'auteur adopte la nomenclature de Waldeyer.)

De même, il n'y a pas de localisation en différentes colonnes ou groupes de la zone *sensitive* spinale, à l'exception de la colonne de Clarke (projection du cervelet) et de la colonne réticulaire (projection du système sympathique?). D'après cette étude, on peut, suivant l'auteur, localiser les zônes de dégénération rétrograde correspondant à différents muscles dans le cas d'amputation, d'atrophie, etc., et établir, par conséquent, le centre spinal de chaque muscle, inconnu jusqu'alors.

Par cette méthode on peut également suivre : la *colonne de Clarke* dans toute sa hauteur, depuis le troisième segment lombaire jusqu'au premier segment dorsal et au bulbe par le noyau interne de Burdach; la *colonne réticulaire*, depuis les segments coxygiens jusqu'au bulbe, où elle se continue avec le grand noyau cellulaire de la formation réticulaire de Kœlliker, en tenant compte de ses deux solutions de continuité, dans la moëlle lombaire et dans la moelle cervicale; la *colonne latérale motrice*, depuis le deuxième ou troisième segment sacré jusqu'au premier segment lombaire, puis, dans la moelle cervicale, depuis le premier segment dorsal jusqu'à la limite supérieure du quatrième cervical, où elle se continue avec le noyau du nerf spinal; la *colonne interne*

motrice, apparaissant dès le quatrième segment sacré et poursuivant avec quelques petites interruptions jusqu'au bord supérieur du premier sacré, disparaissant dans le cinquième segment lombaire pour se montrer ensuite sans interruption jusqu'au bulbe, où elle se continue avec le noyau de l'hypoglosse. Pierre Roy.

NÉCROLOGIE

Claude PHILIPPE
1865 - 1903

Les liens d'étroite amitié qui nous unissent au Dr Cl. Philippe nous imposent la pénible mission d'annoncer aux lecteurs des *Archives* la triste nouvelle de sa mort. Il a été enlevé en quelques heures dans la nuit de vendredi à samedi. Cette perte atteint la

science neurologique tout entière. Ceux qui, comme nous, ont vécu plusieurs années à ses côtés, travaillant avec lui, partageant ses joies et ses peines, ceux-là pouvaient mieux que personne apprécier non seulement ses belles qualités de travailleur infatigable et sa solide méthode scientifique, mais aussi sa droiture et son énergie de caractère, son cœur excellent, son dévouement sans bornes pour ceux qu'il savait ses amis. Le professeur Raymond, qui avait pour son collaborateur Philippe une estime et une affection toute particulière, a voulu lui adresser un dernier adieu. Voici les paroles émues qu'il a prononcées mardi à l'amphithéâtre de la Clinique des maladies nerveuses, à la Salpêtrière :

Messieurs,

Un événement douloureusement imprévu vient de mettre en deuil la clinique. Mon ancien interne, Philippe, mon chef de laboratoire d'anatomie pathologique, mon collaborateur très dévoué, est mort frappé brusquement dans la nuit de vendredi à samedi dernier.

Vendredi, vous avez pu le voir, assistant à ma leçon, avec son entrain et son zèle coutumiers. Le soir encore, à minuit, il était en apparence plein de vie et de santé, participant même à une conférence d'agrégation. Il rentre chez lui, et le lendemain matin, son frère, en pénétrant dans sa chambre, le trouve en pleine agonie. Quelques instants après, il était mort. Tels sont les faits dans leur navrante brutalité.

Lorsque, par la fuite naturelle des années, un homme est arrivé à la fin d'une carrière scientifique bien remplie, lorsqu'il a consacré à son œuvre tout ce que ses facultés lui permettaient de donner, il peut envisager avec sérénité la mort prochaine ; mais lorsqu'une belle intelligence est ainsi fauchée, cette mort prématurée a quelque chose d'injuste, de profondément injuste. Et pour mon pauvre et cher collaborateur, il en a été ainsi. Il touchait au moment où il allait récolter le fruit de ses travaux ! Dans quelques semaines, le concours d'agrégation allait s'ouvrir ; il avait la légitime ambition d'être nommé. Je crois que son ambition n'eût pas été déçue. C'était la porte de l'avenir toute grande ouverte.

J'ai eu l'honneur d'avoir Philippe auprès de moi pendant sept années : une année comme interne, six années comme chef de laboratoire d'anatomie pathologique. Il m'a rendu les plus grands services, je tiens à le proclamer hautement dans cet amphithéâtre.

C'est qu'en effet, il était admirablement préparé à la tâche que je lui demandais. Antérieurement, il avait fait un premier internat à Lyon, sous la direction de maîtres distingués et qui le chérissaient. Il fit une nouvelle période de quatre années d'internat à Paris. Ses goûts, déjà dès le début de ses études médicales, le portaient vers l'anatomie pathologique.

Élève d'un homme que je considère comme un des premiers anatomo-pathologistes de ce temps, de mon collègue et ami Gombault, il devait bientôt se distinguer lui-même. Il fut un histologiste remarquable, tout en étant un clinicien de valeur, car il ne sépara jamais l'une de ses études de l'autre. Et c'était là précisément ce qui faisait son originalité, sa personnalité.

Il savait bien que, pour l'exacte appréciation des faits anatomo-pathologiques, il faut s'en rapporter toujours, et en dernier ressort, à la clinique. C'est dans cet esprit qu'il dirigea le laboratoire. La très juste notoriété qu'il s'était acquise en France et à l'étranger fut le couronnement de ses efforts. Il en fut encore récompensé par les témoignages d'estime des nombreux médecins de tous les pays qui venaient s'instruire sous sa direction.

Je vous rappelle ses principaux travaux : ses belles études sur le tabès et les cordons postérieurs, sur les amyotrophies en général, sur les encéphalopathies infantiles et sur bien d'autres points de l'histologie normale et pathologique du système nerveux. Tous, vous avez présentes à la mémoire ses publications aux différents congrès et sociétés savantes, ses dernières études d'ensemble publiées en collaboration avec M. Gombault et sa participation aux divers traités classiques.

Je viens de vous rappeler ce qu'a été le savant. Derrière le savant, il y avait un homme profondément bon, droit, honnête, serviable, pour qui, collègues et condisciples, avaient estime et affection.

J'ai tenu, Messieurs, à vous exprimer ici, en quelques mots, dans cette chaire de la Salpêtrière qu'il a si bien servie, tous les sentiments que j'avais voués à ce regretté élève, collaborateur et ami. Que sa vieille mère, écrasée par le chagrin, que ses distingués frères reçoivent l'hommage d'un homme qui a beaucoup aimé Philippe et qui est touché, lui aussi, par la perte de l'un des siens. « Peut-il en être autrement, je vous le demande, Messieurs, lorsque, pendant des années, deux vies s'associent aussi complètement que celle du maître et de l'élève ! »

On nous permettra de retracer en quelques mots l'œuvre scientifique de notre ami. Philippe fit ses premières études médicales à Lyon, où il devint rapidement interne des hôpitaux et aussitôt, par ses travaux, avec Bard sur la myocardite interstitielle chronique, avec Rabaud sur la myocardite diphtérique, manifeste son goût pour les études d'anatomie pathologique. Il vient à Paris ; il est reçu à l'internat des hôpitaux, ce qui lui permet de devenir l'élève de Gombault, de Merklen, de Grancher, de Marfan, de Chauffard et de Raymond. C'est au cours de sa dernière année d'internat qu'il fut nommé chef du laboratoire d'anatomie pathologique de la clinique Charcot, à la Salpêtrière, situation qu'il n'avait pas cessé d'occuper.

Depuis 1894, Philippe a publié de nombreux et importants travaux, soit en son nom personnel, soit en collaboration avec ses maîtres, ses amis et ses élèves, avec cet esprit scientifique que définissait plus haut le professeur Raymond. Nous rappellerons ses belles études sur *les Aphasies, le Tabes, la Systématisation des cordons postérieurs, la Syringomyélie et les cavités médullaires, la Maladie de Friedereich, les Encéphalopathies infantiles, les Encéphalites aiguës, les Myélites tuberculeuses, la Sarcomatose du système nerveux, les Lésions cérébrales dans la sclérose en plaques, les Amyotrophies au cours du tabès*, etc. En outre, il modifiait la méthode de Nissl et, par une étude critique, établissait ce qu'on peut vraiment lui demander ; il collaborait dans le « Traité de médecine » aux articles sur les Encéphalites de l'enfance et sur la Paralysie générale ; il écrivait les examens histologiques des Leçons cliniques du professeur Raymond et des Comptes rendus de Bicêtre de M. Bourneville ; enfin, dans le « Traité d'histologie pathologique » de Cornil et Ranvier, il avait été chargé, avec M. Gombault, de l'anatomie pathologique du système nerveux. Tel est l'énorme labeur scientifique qu'il a produit dans quelques années et cela malgré l'effort incessant et la tension d'esprit que réclamait la pénible préparation des concours.

Cependant d'autres études qu'il préparait de longue date étaient destinées à voir le jour prochainement ; nous, qui avions été de ses élèves et ses amis, nous ne manquerons pas au devoir de les publier ultérieurement en son nom. R. Cestan et J. Oberthur.

VARIA.

Les Aliénés en liberté.

Poursuivi par les Prussiens. — Un individu, les cheveux hérissés se précipitait, hier, vers trois heures, au commissariat de police du quartier Saint-Lambert, et se cachant aussitôt sous une banquette en criant : Fermez les portes, les Prussiens vont venir : ils viennent de bombarder Malakoff et veulent renverser le ministère. Il y en a une bande dans l'escalier.

On retira le pauvre dément de dessous sa banquette et on le calma tant bien que mal. Des papiers trouvés sur lui, il résulte que c'est un nommé Paul Guérin, quarante-six ans, cultivateur, originaire de Saint-Germain-d'Aunay, dans l'Orne. Il a été dirigé sur l'infirmerie spéciale, par M. Raynaud, commissaire de police. Encore fallut-il qu'un agent en uniforme l'accompagnât pour le protéger contre la fureur de ses imaginaires ennemis.

— Les nombreux passants qui suivaient, hier matin, la rue de Flandre étaient violemment pris à partie par une femme vêtue d'une culotte d'homme et portant un enfant de quatre ans dans ses bras. Chemin faisant, elle se croisa avec un prêtre qu'elle commença d'invectiver : J'aimerais mieux « bouffer » mon enfant, lui criait-elle, que de te le donner à baptiser.

Sa fureur s'apaisa tout à coup et, prenant sa course, elle se réfugia au numéro 1 de l'impasse des Anglais, où elle demeure. Là, après avoir brisé ses meubles à coup de marteau et tailladé son linge à coup de ciseaux, elle fit un monceau de ces débris et voulut y mettre le feu.

A ce moment, M. D'Homme, commissaire de police du quartier du Pont-de-Flandre, prévenu par des voisins, que l'état de surexcitation de leur co-locataire avait intrigués, fit irruption dans la chambre. Mais la femme, s'armant de son marteau et d'un couteau à lame effilée et tranchante, opposa au magistrat une résistance acharnée. M. D'Homme eut vite fait de désarmer la pauvre folle qui a été dirigée sur l'infirmerie spéciale. (*Le Journal*, 17 septembre).

— Une dame Robert, vingt-huit ans, dont le mari est gardien au pénitencier de Belle-Isle-en-Mer, atteinte de *maladie noire*, *a égorgé* sa fillette de trois ans et lui a ouvert le ventre avec un mauvais couteau de cuisine. Elle est allée ensuite se noyer dans la mer. (*Bonhomme normand*, 1er octobre 1903.) D'où la nécessité de l'hospitalisation jusqu'à ce qu'une observation attentive permettent d'assister dans la famille.

Drame de l'alcoolisme.

Un fou incendiaire. — Un menuisier de l'avenue de Saint-Ouen. M. Armant B..., trente-sept ans, faisait, il y a trois mois, un héritage considérable. Une de ses cousines, domiciliée à Lyon, lui léguait une somme de 110000 francs et deux maisons. En attendant la liquidation de sa succession, Armand B se fit avancer 3000 francs par son notaire et se mit à « faire la noce ». Chaque jour, on le ramenait ivre mort. Il but tant et tant qu'en trois mois il devint alcoolique et finalement fou.

Hier matin, dans une toilette plus que sommaire, il se présentait chez une de ses voisines en disant : N'ayez pas peur ! Je suis Jésus... revenu sur terre pour soutenir les revendications féminines. — Comme bien l'on pense, la locataire expulsa son trop peu vêtu visiteur.

Le menuisier remonta chez lui, entassa tous ses meubles dans une pièce, y mit le feu, puis grimpa sur le toit. Pendant que l'on éteignait le commencement d'incendie, des agents capturaient le pauvre fou, qui s'était caché derrière une cheminée, et le conduisi-

saient non sans peine au commissariat de police, d'où il fut dirige sur l'infirmerie spéciale par M. Rouffaud, commissaire de police des Batignolles. (*Journal*, 9 septembre.)

Les Aliénés en Angleterre et au pays de Galles

Le 57e rapport des commissaires aliénistes pour l'Angleterre et le pays de Galles, rapport qui vient d'être publié, montre qu'en février 1903, le nombre d'aliénés enregistrés était de 113,964, soit 3,251 de plus que l'année dernière à pareille époque. Cela donne une proportion de un aliéné pour 293 personnes. Parmi ces aliénés les alcooliques figurent 23-1 p. 100 chez les hommes et de 9,6 p. 190 chez les femmes, les épileptiques représentent 12 p. 100 du total général. (*Presse méd.*, 1903, septembre).

FAITS DIVERS.

Asile public d'aliénées de Chateau-Picon (a Bordeaux). — *Concours.* — Le 10 décembre aura lieu un concours pour un emploi de troisième interne à l'asile public d'aliénées de Bordeaux. Pour renseignements, s'adresser au Directeur.

Asiles d'Aliénés. — *Nominations et Promotions.* — M. le Dr Meilhon, directeur médecin à l'asile d'aliénés de Quimper est promu à la 1re classe du cadre à partir du 1er septembre 1903. — M. le Dr Gimbal est nommé médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés de Prémontré (Aisne) en remplacement de M. le Dr Parant, mis en disponibilité sur sa demande.

Asile public d'aliénés de la Roche-Gandon (à Mayenne). — Un emploi d'interne est disponible à l'asile public d'aliénés de la Roche-Gandon, à Mayenne (Mayenne). Les candidats à cet emploi devront être Français, être âgés de 21 ans au moins et avoir, au minimum, dix inscriptions de doctorat. Le titulaire de l'emploi recevra un traitement annuel de huit cents francs et aura droit en plus à la nourriture, au logement, au chauffage, à l'éclairage et au blanchissage. Les demandes devront être adressées à M. le directeur-médecin en chef de l'asile de la Roche-Gandon, à Mayenne, chargé de les centraliser et de les transmettre à M. le Préfet de la Mayenne. Chaque demande devra être accompagnée des pièces suivantes : 1° acte de naissance, 2° certificat de scolarité, 3° extrait du casier judiciaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Beretmng om den Kellersk aandssvageanstalt i Breynaig. In-8° de 40 pages. Veyle. 1903.

CAPPELLETTI (Luigi). — *La nevrastenia.* 1 vol. in-12 de 490 pages. Hevèpli.

GARNIER. — *Rapport médical de l'asile départemental d'aliénés de Dijon.* In-8° de 92 pages. Dijon.

DE MATTOS (Julio). — *L'assistance des aliénés criminels au point de vue législatif.* In-8° de 16 pages. Porto.

ROBINOVITCH. — *The Genesis of épilepsy.* In-8° de 38 pages.

RÉGIS. — *Les délirants des hôpitaux. — Leur assistance. — Leur utilité au point de vue de l'enseignement.* In-8° de 32 pages.

VAN GEHUCHTEN (A.). — *Le Névraxe. — Recueil de neurologie normale et pathologique.* 5. vol. in-8°. Imp. des Trois-Rois. Louvain.

VALENTI (Adriano). — *Aromatici e nervini nell' alimentazione.* 1 vol. in-12 de 338 pages. Hvèpli. Milano.

WOODWORTH (R.-S.). — *Le mouvement.* 1 vol. in-18 de 425 pages avec 15 figures. Librairie Doin, place de l'Odéon. Prix : 4 francs.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 Janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.

— *Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des* **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **28 francs** *pour la France et* **30 francs** *pour l'Étranger.*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

EXPLICATION DES PLANCHES

Planche I

Observ. de Deba..., p. 103

Face externe de l'hémisphère droit

F^1, F^2, F^3, 1re, 2e, 3e circonvolutions frontales.
LPS, lobe pariétal supérieur.
LPI, lobe pariétal inférieur.
F, Fourche.
PA, circonvolution pariétale ascendante.
FA, circonvolution frontale ascendante.
SR, sillon de Rolando.
PC, pli courbe.
LOC, lobe occipital.
LO, lobe orbitaire.
T^1, T^2, T^3, 1re, 2e, 3e circonvolutions temporales.
Sc S., scissure de Sylvius.
Sc *fs*., scissure frontale supérieure.
Sc *fi*., scissure frontale inférieure.
Sc *p*, scissure parallèle.

Planche II

Observ. de Deba..., p. 104.

Face interne de l'hémisphère droit

F^1, Première circonvolution frontale.
LP, Lobule paracentral.
CC, corps calleux.
CS, corps strié.
CO, couche optique.
CA, Corne d'Ammon.
CH, Circonvolution de l'hippocampe.
TO, Circonvolution temporo-occipitale.
T^2, 2e circonvolution temporale.
LO, Lobule orbitraire.
Sc *c m*, scissure calloso-marginale.
Sc *pi*, scissure perpendiculaire interne.
Lc *lo*^{2}, 2e scissure temporo-occipitale.
Sc *a*, Scissure calcarine.

Planche III

Voir la légende, p. 119.

TABLE DES MATIÈRES

Abcès traumatique du lobe occipital droit avec symptômes cérébelleux. — cérébelleux d'origine otique à symptomatologie fruste, par Reverdin et Vallette, 67.

Accès épileptiformes chez les déments précoces, par Masson, 346.

Acrocyanose et crampe des écrivains, par Brissaud, Hallion et Meige, 263.

Actes psychiques. Les — dans la série animale, par Hachet-Souplet, 184.

Agénésie bilatérale des lobes frontaux chez une femme ayant présenté un développement intellectuel à peu près normal, par Dide, 58.

Agitation. Traitement de l' — et de l'insomnie dans les maladies mentales, par Trénel, 313.

Agnoscie. — Etude clinique de l' — et de l'asymbolie, par Meige, 88.

Alcoolisme. Le traitement de l' — par la suggestion hypnotique, par Rybakoff, 81. Drames de l' —, 136, 544. L' —, accès de *delirium tremens*, 383. La guerre à l' —, 384.

Aliénés. Aspects contemporains sur le traitement des —, par Ehrenwall, 154. Les — criminelles, esquisse, par Baker, 157. Les — en liberté, 190, 286, 542. Note sur les — processifs, par Giraud, 268. Voir *Mandrin*. — tuberculeux. Voir *Pavillon d'isolement*. Contribution à l'analyse clinique de l'état de négation (négativisme) chez les aliénés, par Lundborg, 444. Contribution à l'étude clinique des monologues chez les —, par Darcanne, 479. — Voir *Paralysie générale*. Sur les résultats favorables du transfert des — d'un asile dans un autre, par Urquhart, 515. De l'organisation d'établissements ouverts et d'établissements fermés associés pour les — et les névropathes, par Bechterew, 521. Les mesures prises par l'Etat à l'égard des —, par Morton, 523. Voir *Thyroïdites*. — en Angleterre et au pays de Galles, 544.

Amaurose hystérique. Voir *Cécité*.

Amnésie, avec une observation, par Hopkins, 73. Voir *Epilepsie*. L' — au point de vue de la médecine judiciaire, par Maxwell, 189.

Analgésies. Les — viscérales dans la maladie de Friedreich, par Cestan et Sicard, 526.

Anémies. Voir *Moelle*.

Anginophobie, par Fiessinger, 183.

Année psychologique. L'année —, par Binet, 381.

Anxiété. De l' —, par Girard, 91.

Aphasie hystérique, par Guillain, 69.

Aphasiques. Recherche sur l'association des idées chez les —, par P. Marie et Vaschide, 174. Voir *Automatisme*.

Appendicite. De l' — dans les familles de névropathes, par Adler, 164.

Artère sylvienne. Voir *Ramollissement*.

Artistes. Voir *Trac*.

Asiles d'aliénés. Nominations et promotions (mai), 94. — de la Seine, 192. —, mouvements de juin, juillet, août, 287, 288. — de Clermont, 288. Une visite à — de Meeremberg, par Deny, 449. — de la Roche-Gandon, 464. — de la Seine. Concours, 464. — de la Roche-Guyon, 478. — de Saint-Alban. Voir *Paralysie générale*. Quelques remarques nouvelles sur les soins et la surveillance de nuit dans les —, par Elkins, 515, 547.

Assistance et éducation des enfants anormaux au point de vue sociologique, par Courjon, 86. — des enfants idiots, 93.

Asthénie bulbo-spinale. Un cas d'—. Syndrome d'Erb-Goldflam, par Raymond, 166.

Asymbolie. Voir *Agnoscie*.

Ataxiques. Voir *Muscles*.

ATROPHIE MUSCULAIRE. Un cas d' — progressive et un cas de paralysie pseudo-hypertrophique chez de jeunes enfants, par Neustaedter, 73. — progressives spinales et syphilis, par Leri, 341.
AUTOMATISME. L' — mental des aphasiques, par Marie (P.) et Vaschide, 528.
BABINSKI. Le réflexe de — chez les enfants, par Leri, 180.
BALLET. Voir *Goître exophtalmique*.
BÉGAIEMENT mental, par Bérillon, 281.
BÉGUES. Répartition géographique des —, par Chervin, 261.
BLENNORRHAGIQUES. L'état mental des —, par Ducasse, 90
BRACHYBIOTIE. De la — congénitale de certaines parties du système nerveux, par Adler, 429.
BRIGHTISME. Voir *Délire*.
BRIQUET. Voir *Syndrôme*.
BROWN-SÉQUARD. Voir *Epilepsie*. — Voir *Moelle*.
BULBE. Voir *Monstres encéphaliens*,
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE, 95, 192, 288, 548.
BUVEURS intermittents, par Halberstadt, 525.
CANAUX DEFÉRENTS. De la section des — et de ses rapports avec le tempérament neuropsychopathique, par Sharp, 442.
CANCER. Un cas de — cérébelleux, par Raymond, 170.
CASTRATION. Ueber die Wirkunger der —, par Möbius, 282.
CATATONIE. Contribution à la psychologie dee symptômes de la —, par Vogt. 59. Observation de la —, par Masoin, 348. Contribution à l'étude de la — (— et démence précoce ?) par Paris, 409.
CÉCITÉ Etude sur la — hystérique ou amaurose hystérique totale ou bilatérale, par Kerneis, 284. Un cas de guérison complète de —, par Tchiriev, 385.
CENTRE BULBAIRE. Voir *Goître*.
CÉPHALO-RACHIDIEN. Chromo diagnostic du liquide —, par Sicard, 165.
CERVEAU. Voir *Localisation* —, voir *Rate*. Deux cas de lipome du —, par de Steiger, 440.
CHARCOT Inauguration du monument de J.-M. — à Lamalou, 453.
CHÉILOPHAGIE. Voir *Tics*.
CHÉILOPHOBIE. Voir *Tics*.
CHORÉE. Contribution à l'anatomie pathologique de la — héréditaire, par Lannois, Paviot et Mouisset, 71. Traitement de la — arythmique hystérique par l'immobilisation. De l'influence de la vue comme élément d'auto-suggestion dans la genèse des phénomènes hystériques, par Huyghe. 531. La — et son traitement, par Demoor, 516.
CLINIQUE. Voir *Giessen*.
COLONIE FAMILIALE. La — d'Ainay-le-Château (allier). Colonie pour aliénés hommes, par Lwoff, 338.
COLONNE VERTÉBRALE. Voir *Racines médullaires*.
CONGRÈS. Treizième congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Bruxelles, 93, 216, 312.
CONSCIENCE. La — et la — de soi, par Wijnaendts Francken, 81. Le mécanisme de la —, par de Vries, 371.
COUCHE OPTIQUE. Voir *Voies centrifuges*. Dégénérescence des —, par Blachford, 438.
CRAMPE. Voir *Acrocyanose*.
CRIME. Le — dans la paralysie générale, par Sullivan, 155.
CRISES HYPÉRALGIQUES. Périodiques persistant pendant plusieurs jours et datant de plusieurs années, guéries par la suggestion hypnotique, par J. Voisin, 357.
CYLINDRAXES. Nouveau procédé d'imprégnation à l'argent, pour colorer les —, par Fajersztajn, 426. Coloration des —, par Kaplan, 433.
DÉGÉNÉRESCENCE. Relation de la profession religieuse avec les signes de —, par Binet-Sanglé, 81. — et mysticisme, par Cloître, 90. Stigmates psychiques tarifs de — mentale, par Wahl, 524
DÉLIRE et petit brightisme, par Vigouroux et Juquelier, 1, 137, 202. — Voir *Obsession*. Sur un cas de — de médiumnité, par Ballet et Dheur, 277. — hallucinatoire, avec idées de persécution, consécutif à des phénomènes de médiumnité, par Ballet et Monier-Vinard, 278. — Voir *Syphilis*. — hallucinatoire chez un brightique, par Vigouroux, 524.
DÉLIRIUM TREMENS. Contribution à la

connaissance du — des morphinistes, par Abraham, 444.
DÉMENCE. Voir *Accès épileptiformes*. Le diagnostic de la —, par Massaut, 347. — précoce, voir *Catatonie*. De la — précoce et la catatonie, par Masoin, 413.
DERCUM. Maladie de —, par Dide, 77.
DISCIPLINE PSYCHO-MOTRICE, par Brissaud et Meige, 83.
DISTINCTIONS HONORIFIQUES, 95, 191, 288.
DOSAGE TOXIQUE. Le — dans le traitement de quelques désordres nerveux, par Krauss, 150.
DOULEUR. La — à volonté, par Brissaud, 339.
DURE-MÈRE. Voir *Hématome*.
DYSPHAGIE. De la — amyotaxique, par Rossolimo, 162.

ECRIVAINS. Voir *Acrocyanose*. L'observation médicale chez les — naturalistes, par Ségalen, 285.
EMBOLIQUES. Réactions électriques des —, par Babinski et Delerme, 77.
EMOTION. La théorie de l' —, par James, 382.
ENCÉPHALOMYÉLITE. Voir *Myélite*.
ENFANTS anormaux Voir *Assistance*. L'éducation et le développement des — nevrosés, par Hammond, 151. De traitement des — atteints de défectuosité mentale, par Grossmann, 154. — arriéré. Voir *Rachitisme*.
ENRIQUEZ. Voir *Goître exophtalmique*.
EPILEPSIE. Sur l'influence des excitations sensorielles comme agents provocateurs des accès d' —, par Féré, 57. Le traitement de l' — par le travail manuel et la gymnastique, par Spratling, 146. — Voir *Sérum*. Contribution au traitement diététique de l' —, par Schaefer, 151 — et amnésie rétrograde, par Séglas, 168. Un cas d' — consécutive à une lésion traumatique du lobe préfontal, par Urquhart et Robertson, 171. Les formes siledcieuses de l' —, par Spratling, 172. — Voir *Myoclonie*. — thyroïdienne, par Bastin, 337. Contribution à la question de la transmissibilité héréditaire de l' — du cochon d'Inde de Brown-Séquard, par Sommer, 429.
EPILEPTIQUES. Soin donné aux — et leur traitement en Angleterre, par Fletcher Beach, 305.
ERB-GOLDFLAM. Voir *Asthénie*.
ERGOGRAPHE. Etude comparative de la fatigue au moyen de l' — et des ergogrammes, chez l'homme sain, le neurasthénique, le myopathique et dans l'atrophie musculaire névritique, par Ballet et Philippe (J.). Etude comparative de la fatigue au moyen de l' — chez les neurasthéniques et les myopathiques, par Gilbert Ballet et Jean Philippe, 528.
ERYTHROMÉLALGIE suivie de gangrène des extrémités avec autopsie, par Lannois et Porot, 274.
ESPRIT. L' — des autres, p. 384.
ETAT MENTAL. Sur l' — du nommé D..., inculpé d'outrages, par Rayneau, 289.
ETIOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE, par Meige, 87.
EXCITABILITÉ. Sur l' — des muscles dégénérés, par Ioteyko, 341.
EXCITATIONS SENSORIELLES. Voir *Epilepsie* — Voir *Syphilis*.

FACULTÉ DE MÉDECINE, de Paris, 288
FATIGUE. Voir *Ergographe*.
FIBRES. Un système de — peu connu situé à la périphérie du segment antéro-latéral de la moelle cervicale, par Bechterew, 432.
FOLIE. Contribution à l'étude clinique et médico-légale de la — systématisée progressive, par Letourneux, 90. Aperçus et démonstrations sur la — maniaque dépressive, par Thomsen, 351. Quelques cas de — pellagreuse, par Warnock, 446.
FONCTIONS MENTALES. Voir *Lobes préfrontaux*.
FRIEDREICH. Voir *Maladie nerveuse*.

GANGLIONS SYMPATHIQUES. Voir *Golgi*.
GIESSEN. La clinique psychiatrique de l'Université de — par Sérieux, 15.
GLOBES OCULAIRES. Voir *Paralysie*.
GOITRE EXOPHTALMIQUE. Le centre bulbaire. Traitement par le thymus, par Bienfait, 68. Importance de l'hygiène dans le traitement du —, par Leroy et Vestin, 153. Sur le traitement sérothérapique du — d'après la méthode de Bal-

let et Enriquez, par Hallion, 261. Traitement sérothérapique du — d'après la méthode de Ballet et Enriquez, 535.
Golgi. Sur le réseau endocellulaire de — dans les éléments nerveux en général et dans les cellules nerveuses des ganglions sympathiques en particulier, par Soukhanoff, 55. — Voir *Imprégnation à l'argent*.

Hallucinations. Un cas d' — unilatérales, et surtout musicales de l'ouïe, avec quelques remarques sur la formation des images psycho-cérébrales, par Robertson, 447. — de l'ouïe. Voir *Oreille*. — unilatérales de l'ouïe chez un paralytique général, par Sémelaigne, 524. — de l'ouïe chez un paralytique général, par Vallon, 526.
Helweg. Le faisceau d' — par Obersteiner, 432.
Hémicéphalie. Voir *Odorat*.
Hémicraniose. Deux cas d' —, par Brissaud et Lereboullet, 75.
Hémiparésie de nature indéterminée, par Dufour et Chaix, 177.
Hémisection. Voir *Moelle*.
Hématome de la dure-mère cérébrale (pachyméningite hémorragique interne) associée à une hémorragie du colon, par Longworth, 510.
Hémorragie cérébrale. Sur la manière de soigner l' — et sur son traitement abortif, par Browning, 510.
Hérédité. L' — influencée, par Podiapolsky, 280.
Hérédo-ataxie. Voir *Maladie nerveuse*.
Histologie. Voir *Paralysie générale*
Homicide par un adolescent, 95.
Hydrocéphalie. Contribution à l'anatomie pathologique de l' — interne, par Troschine, 61.
Hypnotisme. L' — et la psychothérapie en Russie, par Orlitzky, 81. L' — chez les animaux, par Leipnay, 184. L' — chez le cheval, par Guenon, 184.
Hystérotraumatisme ou foyer hémorragique avec prédominance bulbo-protubérantielle, par Lévi et Melloizel, 528.
Hystérie. L'auto-représentation de l'organisme chez quelques hystériques, par Comar, 57. — et maladies gynécologiques, par Dupin-Dulau, 90. — Voir *Tabes*. — Voir *Méningisme*. Guérison de symptômes — spasmodiques graves par la suggestion, par Stadelmann, 183. Considérations psychologiques sur l' — dans l'armée, par Lux, 281. — et morphinomanie, par Sollier, 369. — Voir *Léthargie*. — Voir *Neurasthénie*.

Idée de doute. Voir *Phobie*. — de suicide. Voir *Syringomyélique* — de persécution. Voir *Syringomyélique*.
Idiotie profonde avec nanisme et infantilisme ; amélioration considérable, par Bourneville, 38. Traitement médico-pédagogique de l' —, par Bourneville, 241. — Voir *Rachitisme*. — mongolienne, par Bourneville, 252.
Imprégnation a l'argent. Voir *Cylindraxes*. Une modification nouvelle de la méthode d' — de Golgi, par Gudden, 428.
Impuissance génitale d'origine mentale guérie par la suggestion somnoformique, par Farez, 184.
Incontinence d'urine guérie par la suggestion pendant le sommeil naturel chez une enfant de six mois, par Farez, 183.
Infantilisme. Voir *Idiotie*.
Insomnie Voir *Agitation*.
Inspecteurs des établissements d'aliénés de la Seine, 383.

Laïcisation de la Maison nationale de Charenton, 383.
Leçons. Voir *Maladie nerveuse*.
Léthargie. D'une sorte de — des processus de cicatrisation chez une hystérique, 370.
Lettre d'Anvers, de Laignel-Lavastine, 381.
Lipome. Voir *Cerveau*.
Little. Maladie de — sans lésions cérébrales, par Déjerine, 76. Maladie de —, par Brissaud, 175.
Lobes frontaux. Voir *Agénésie*. Note sur les — préfontaux et la localisation des fonctions mentales, par Mac-Donald, 63. Un cas de tumeur des — frontaux du cerveau dans lequel le sommeil a été un symptôme très accusé, par Cowen, 442.
Localisations motrices spinales.

Recherches expérimentales sur les —, par Marinesco, 57. — cérébrale et fonctionnement du cerveau, par Harrison-Mettler, 64. Recherches expérimentales sur les — motrices et spinales, par Brissaud et Bauer, 84.
LUMIÈRE. De la — en thérapeutique nerveuse, par Foveau de Courmelles, 257. L'action de la — sur l'organisme et son emploi en thérapeutique, par Joire, 257.

MACROTOME. Un —, par Schipow, 60.
MAINS succulentes. Voir *Syringomyélie*. La — bote dans la maladie de Friedrich, par Cestan et Sicard, 526.
MALADIE nerveuse familiale. Deux cas de — intermédiaire entre l'hérédo-ataxie cérébelleuse et la maladie de Friedreich, par Lenoble et Aubineau, 68. Leçons sur les — du système nerveux, par Raymond, 185. — des Tics. Voir *Tics*.
MANDRIN pour faciliter l'introduction de la sonde œsophagienne chez les aliénés, par Serrigny, 272.
MANIAQUE. Singulier —, un Don Juan sur le retour. Plus de trente victimes, 94.
MANUEL DE PSYCHIATRIE, par Roques de Fursac, 188.
MÉDECINE. La — au musée du Prado, par Meige, 88. Organisation du service de — mentale dans les prisons, par Masoin, 362.
MÉDIUMNITÉ. Voir *Délire*.
MÉLANCOLIE. Voir *Syringomyélique*.
MÉNINGISME et puérilisme mental paroxystique chez une hystérique, par Dupré et Camus, 181.
MONOLOGUES. Voir *Aliénés*.
MENSONGE. Le — chez la femme hystérique, par Richard, 91.
MOELLE. Voir *Voies centrifuges*. — cervicale. Voir *Fibres*. Sur quelques états de la — dans les anémies graves, par Church, 440. Hémisection traumatique de la — (syndrôme de Brown-Sequart), par Peugniez et Philippe (Cl.), 465.
MONGOLIENS. Idiots —. Voir *Traitement thyroïdien*.
MONSTRES ENCÉPHALIENS. Contribution à la classification des —. Rôles physiologiques du bulbe chez ces monstres, par Leri et Vurpas, 275.
MORPHINISTES. Voir *Delirium tremens*.
MORPHINOMANIE. Auto-observation d'un médecin morphinomane, par Debove, 167. Voir *Hystérie*.
MORT de faim, 541.
MOUVEMENTS ATHÉTOSIQUES. Voir *Tabes*.
MUETTE. Depuis vingt-huit ans, 191.
MUSCLES. Voir *Excitabilité*. Défaut de coordination des — oculomoteurs chez les ataxiques, par Mirallié et Desclaux, 529.
MYASTHÉNIE. Observation de — pseudo-paralytique grave, par Mendel, 160.
MYÉLITE. Observation de — ou d'encéphalomyélite aiguë disséminée consécutive à l'intoxication par l'oxide de carbone, terminée par la guérison, par Panski, 164. Deux cas de — aiguë au cours d'un carcinome secondaire de la dure-mère ou de la moelle, par Ballet et Laignel-Lavastine, 527.
MYOCLONIE et épilepsie, par Ballet et Bloch, 178.
MYOPATHIE. Sur une forme de — progressive primitive avec ptosis bilatéral et participation des muscles masticateurs, par P. Marie, 180.
MYSTICISME. Voir *Dégénérescence*.
MYXŒDEMATEUX. Fin de l'histoire d'un idiot, par Bourneville, 97. Voir *Traitement thyroïdien*. Infantilisme — et maladie de Recklinghausen, par Meige et Feindel, 373.

NANISME. Voir *Rachitisme*. Voir *Idiotie*.
NARCOLEPSIE et obésité, par Sainton 510.
NÉCROLOGIE. Cl. Philippe, 538.
NÉGATIVISME. Voir *Aliénés*.
NERF. L'origine réelle du — circonflexe, par Parhon et Goldstein, 58 L'origine réelle et le trajet intracérébral des — moteurs établis par la méthode de la dégénérescence wallérienne indirecte, par Van Gehuchten, 333.
NEURASTHÉNIE. La — et son traitement, par Romme, 153. De la — sénile, par Grimaud, 286. Application au diagnostic des — et hystéries traumatiques de Fenre-

gistrement de la pression sanguine par Strauss, 27. — voir *Troubles nerveux*.
NEUROFIBROMATOSE. La — par Cestan, 174.
NEURONES, Sur le mode de contact entre les —, par Stefanowska, 335.—Voir *Régénération autogène*.
NEURONOPHAGIE. La —, par Devaux et Merklen, 169,
NÉVRALGIE. La — trifaciale et son traitement, par Barbier, 152.
NÉVRITES. Trois cas de — radiales, par Babinski, 178.
NÉVROPATHES. Voir *Appendicite*.
NÉVROSES et paludisme, par Comméléran, 283. — Voir *Sommeil*.
NOYAU. Le rôle du — dans la régression musculaire, par de Buch et Demoor, 344. Topographie des — gris et segments médullaires, par Borda, 537.

OBÈSES. Voir *Traitement thyroïdien*.
OBÉSITÉ. Voir *Narcolepsie*.
OBSESSION oculaire, par Bérillon, 80. — et délire, par Marandon de Montyel, 193. Sur la pathogénie des— morbides, par Soukhanoff, 274.
ODORAT. Contribution à la connaissance de l'organe de l' — dans un cas d'hémicéphalie chez l'homme, par Mouralt, 425.
OEDÈME. Voir *Paralysie générale*.
OEIL. Le fond de l' —, voir *Paralytiques généraux*. Lésions du fond de l' —, *Paralysie générale*.
OPHTHALMOLOGIE. Voir *Thérapeutique*.
OREILLE. Relations des maladies unilatérales de l' — avec les hallucinations de l'ouïe, par Capgras, 500.
ORGANES internes. Rôle des — dans l'évolution et la constitution de la vie mentale, par Prou, 277. — nerveux, voir *Waller*.
ORGANISME. Voir *Hystérie*.
ORTEILS. Abduction des —. par Babinski, 176
OUIE. Voir *Oreille*.
OUTRAGE. Voir *Etat mental*.
OXIDE DE CARBONE. Voir *Myélite*.

PACHYMÉNINGITE CERVICALE. Voir *Paraplégie*.
PALUDISME. Voir *Névrose*.
PARALYSIE pseudo-hypertrophique. Voir *Atrophie musculaire*. — associée des globes oculaires pour la latéralité, par Raymond et Cestan, 76. — générale chez un Arabe, par Scherb et Ben-Tomi, 78. Des — périphériques d'origine ourlienne, par Lacroix, 89. Des résultats du traitement mercuriel intensif appliqué à la — générale et au tabes, par Lemoine, 146. Sur le traitement de la — générale et du tabes, par Devay, 147. — générale. Voir *Crime*. — saturnine, par Bernard et Salomon, 174. Histologie de la — générale, par Klippel, 230. Un phénomène palpébrale constant dans la paralysie faciale périphérique, par Dupuy-Dutemps et Cestan, 262. — générale juvénile, par Lalanne, 267. L'œdème fugace dans la — générale, par Klippel et Vigouroux, 279. Fréquence et évolution des lésions du fond de l'œil dans la — générale, par Raviart et Caudron, 354, 420. — diaphragmatique. Voir *Syndrome hystérique*. — flaccide dans un cas de pachyméningite cervicale, par Brissaud et Brecy, 512. Note sur la — générale à l'asile de Saint-Alban, par Charon, 513. Contribution à la statistique et à l'étiologie de la — générale progressive des aliénés dans le gouvernement de Smolensk, par Aptekmann, 514. — générale sénile, par Toulouse, 524. — générale. Voir *Hallucinations*. — générale précoce chez une jeune fille de dix-neuf ans, par Géry, 525.
PARALYTIQUES GÉNÉRAUX. Nouvelle contribution à l'étude de l'état du fond de l'œil chez les —. Atrophie papillaire et décollement de la rétine, par Keraval et Raviart, 126.
PARAPLÉGIE. Contribution à l'étude des causes de la — dans le mal de Pott, par Long et Machard, 72. Traitement mécanique des — spasmodiques, par Faure, 260. Quelques remarques sur la — spasmodique permanente par tumeur médullaire, par Raymond et Cestan, 512.
PARKINSON. Note sur l'état des réflexes tendineux et des réactions électriques dans la maladie de Parkinson, par Huet et Alquier, 78.

PARRICIDES. L'état mental des —, par Asselin, 285. Enfant —, 384
PAVILLON D'ISOLEMENT. Installation d'un — des aliénés tuberculeux à l'asile d'Armentières, par Chardon et Raviart, 403.
PÉRICARDE. Calcification du —, par Simpson, 63.
PEURS OBSÉDANTES. Contribution à l'étude des manifestations individuelles des — dans la constitution idéo-obsessive, par Soukhanoff, 197.
PHILIPPE. Nécrologie, 538.
PHOBIES. Idées de doute et — portant sur la sphère génitale, par Vidal, 183.
PILZ. Voir *Réflexes*.
POLIOMYÉLITE. La — antérieure aiguë de l'adulte, par Van Gehuchten, 331.
POTT. Voir *Paraplégie*. Mal de — sous-occipital traumatique, par Dupré, 177.
PRESSION SANGUINE. Voir *Neurasthénies*.
PRISONS. Voir *Médecine mentale*.
PSEUDO-TABES spondylitique, par Babinski, 77.
PSYCHIATRIE. Voir *Manuel*. Les salles de — à l'hôpital de Copenhague, par Pontoppidon, 521.
PSYCHOLOGIE. Voir *Secret médical*. La — du somnoformisé, par Farez, 80. — criminelle. Voir *Psychopathologie*.
PSYCHOPATHOLOGIE légale. La psychologie criminelle, par Kovalevsky, 282.
PSYCHOTHÉRAPIE. Voir *Hypnotisme*. — Voir *Suggestibilité*. Principes d'une — rationnelle, par Dubois, 277. Contribution à la — suggestive en Suède. Quelques mots sur la méthode du Dr Wetterstrand : Sommeil prolongé, hypnose thérapeutique. Sa technique, par Mlle Lipinska, 357.
PTASIS. Voir *Myopathie*.
PUÉRILISME MENTAL, par Dupré, 349.

RACHITISME CONGÉNITAL. Sur un cas de — avec nanisme, chez un enfant arriéré, par Garnier et Santenoise, 31. — et idiotie, par Bourneville et Lemaire, 250.
RACINES MÉDULLAIRES Aspect ondulé persistant des — après un affaissement brusque de la colonne vertébrale, par Léri et Mocquot, 180.
RAMOLLISSEMENT. Observation de — superficiel de tout le territoire irrigué par l'artère sylvienne, par Bikeles, 433.
RATE. De l'influence de l'écorce du cerveau et des ganglions sous-corticaux sur la contraction de la —, par Eriksonn, 438.
RÉACTIONS ÉLECTRIQUES. Voir *Emboliques*. — Voir *Parkinson*.
RECKLINGHAUSEN. Maladie de —. Voir *Myxœdémateux*.
RÉFLEXES cutanés et tendineux. Théorie des — basée sur la nature fonctionnelle des faisceaux pyramidal et intra-pyramidal, par Heldenbergh, 55. — Voir *Tonus*. — Voir *Parkinson*. — Voir *Babinski*. Le — cornéo-mandibulaire, par Soelder, 430. De la fatigue des — tendineux et de la valeur diagnostic de ce symptôme dans les affections nerveuses, par de Bechterew, 430. Le — trigémino-facial et le phénomène de Westphal et Pilz, par Lakacz, 431.
RÉGÉNÉRATION AUTOGÈNE chez l'homme et la théorie de neurone, par Durante, 343.
RÉGRESSION MUSCULAIRE. Voir *Noyau*.
RŒNTGEN. L'examen, à l'aide des rayons de —, des troubles trophiques du tabès et de la syringomyélie, par Kienboeck, 425.
ROUGE DE MAGENTA. Coloration du système nerveux par le —, par Zozin, 435.

SATURNISME. Voir *Tétanie*.
SCLÉRODERMIE à disposition radiculaire, par Huet et Sicard, 527.
SCLÉROSE des olives bulbaires, par Marie P. et Guillain, 180. Troubles psychiques dans un cas de — en plaques, par Lannois, 273.
SECRET MÉDICAL. Le secret médical au point de vue psychologique, par Valentino, 78.
SÉLECTION NÉGATIVE, par Toutichkine, 532.
SENSIBILITÉ. Les signes objectifs des troubles de la — suggérés pendant l'état hypnotique, par Bechterew, 436. — Voir *Troubles*.
SÉRUM. Nouvelles propriétés toxiques et thérapeutiques du — sanguin des épileptiques et leurs applications pratiques, par Ceni, 148.

SITIOPHOBIE. Note sur une forme particulière de —, par Cullerre. 336.
SOMMEIL. Les troubles du — dans les névroses, par Damelon, 285. —. Voir *Lobes frontaux*.
SONDE ŒSOPHAGIENNE. Voir *Mandrin*.
SPASME FACIAL. ses caractères cliniques distinctifs, par Meige, 374.
STRUMPELL. Phénomène de —, par Marie et Crouzon, 176.
SUGGESTIBILITÉ. De la —, observation de psychothérapie, par Van Velsen, 182.
SUGGESTION hypnotique. Voir *Alcoolisme*. — Voir *Hystérie*. — Voir *Incontinence d'urine*. — Voir *Impuissance génitale*. — Voir *Troubles utérins*. De la — matérialisée à l'état de veille, par Peeters, 356. — Voir *Crises hypéralgiques*. La — pendant le narcose ethyl-méthylique, par Farez, 360.
SUICIDE, 541.
SURDI-CÉCITÉ. De la — et des moyens employés pour communiquer avec les personnes atteintes atteintes de —, par Robin, 92.
SURDITÉ VERBALE, par Gilbert Ballet, 176.
SYNDROME OCCIPITO-CÉRÉBELLEUX, par Marchand, 68.
SYNDROMES solaires expérimentaux, par Laignel-Lavastine, 337. Le — de Briquet (un cas de paralysie diaphragmatique d'origine hystérique), par Robinson, 511.
SYPHILIS. *Atrophie musculaire*. Excitation et dépression mélancolique. Délire circulaire fruste dans un cas de — héréditaire, par Raymont et Janet, 355.
SYRINGOMYÉLIE. Néurômes intramédullaires dans deux cas de — avec mains succulentes, par Bischoffswerder, 71. —. voir *Rœntgen*. De la —, par Orléansky, 437.
SYRINGOMYÉLIQUE. Mélancolie avec idées de persécution et idées de suicide chez un —. Examen histologique, par Raviart, 351.
SYSTÈME NERVEUX. Voir *Maladie nerveuse*. — Voir *Brachybiotie*. — Voir *Rouge de Magenta*.

TABES dorsalis. Des mouvements athétosiques dans le —, par Boinet, 72. Un cas de — ayant débuté cinquante ans après l'infection par Déjerine, Chiray et Cornélius, 75. — Voir *Traumatisme*. — Voir *Paralysie générale*. — Voir, Le — chez la femme, par Mendel, 160. Observation de — infantile, par Bloch, 163. — et hystérie chez un débile. Interprétation hypocondriaque des symptômes par un délire de zoopathie interne, par Dupré et Levi, 179. Pathogénie et pronostic du —, par Faure, 259. — Voir *Rœntgen*.
TABÉTIQUES. Note sur l'état des fibres à myéline du plexus cardiaque chez les — par Heitz, 179, Traitement mécanique des troubles viscéraux chez les — (crises laryngées, troubles de la respiration, de la digestion, de la miction, de la défécation, par Faure, 258. Résultat du traitement hydrargyrique chez les —, par Faure, 260. Recherches sur la descendance des —, par Raillard, 284.
TERRITOIRE SACRÉ. Contribution à l'étude de l'origine du — postéro-médian, par Bikeles, 424.
TÉTANIE. D'un nouveau tableau morbide analogue à la — dans le saturnisme chronique, par Haenel, 164. Contribution à l'anatomie pathologique de la — d'origine gastrique, par Rossolimo, 435.
TÉTANOS, par Kenneth et Kelogg, 74. Du — gynécologique, par Mazimel, 91.
TÊTE. La — limousine, par Freysselinard, 91.
THÉRAPEUTIQUE. Voir *Etiologie*. La — suggestive en ophthalmologie, par Leprince, 183. — nerveuse. Voir *Lumière*.
THYMUS. Voir *Goître*.
THYROÏDITES CHRONIQUES chez les aliénés, par Dide, 531.
TICS. Les causes provocatrices et la pathogénie des — de la face et du cou, par Meige et Feindel, 69. Les — du cheval, par Rudler et Chaumel, 77 Un cas de maladie des —, guérison, par Bourneville et Poulard, 208. — des lèvres, chéilophagie, chéilophobie, par Meige, 264, 534. Etude critique sur le — convulsif et son traitement gymnastique, par Crucher, 285.
TIQUEURS. L'aptitude catatonique et l'aptitude echopraxique des —. Les exercices thérapeutiques de détente, par Meige, 82.

Tonus. Le mécanisme du — et des réflexes dans l'état actuel de la science, par Crocq, 56. Sur la mesure du — musculaire, par Constensoux et Zimmern, 266.
Torticolis. Contribution à l'étude du traitement du — spasmodique, par Elliott, 151. Un cas de — mental, par Séglas, 511.
Trac. Le — des artistes et son traitement, par Joire, 258, 280.
Traitement mercuriel intensif. Voir *Paralysie générale*. — médico-pédagogique. Voir *Idiotie*. — thyroïdien chez les idiots mongoliens, myxœdémateux infantiles, obèses et offrant un arrêt de développement physique, par Bourneville, 347.
Traumatisme et tabes, par Gauraud, 91.
Troubles de mentalité. Sur la forme la plus habituelle des — qui se produisent au cours des maladies des cavités naso-pharyngiennes, par Roxet, 268. — psychiques, voir *Sclérose*. — de la sensibilité dans les états neurasthéniques et mélancoliques, par Dubois, 276. — utérins guéris par la suggestion hypnotique ; observations d'orthopédie morale, par Bourdon, 280. — trophiques, voir *Rœntgen* — Voir *Sensibilité*. Sur les rapports des lésions locales avec les — nerveux et en particulier avec la neurasthénie, par Coggethal, 442.
Tumeur cérébrale. Un cas de —, par Cuylitz, 66. — Voir *Lobes frontaux* — cérébrale, voir *Paraplégie*.

Vœu, par Marie et Chardon, 334.
Voies centrifuges. Y-a-t-il des — qui vont de la couche optique à la mœlle ? par Wallenberg, 423.
Voltaïsation. Expériences relatives à la —, par Zanietowski, 43.
Vue. Voir *Chorée*.

Waller. Faits en désaccord avec la loi de — et discussion en cours sur la structure et le fonctionnement des organes nerveux, par Durante, 530.
Westphal. Voir *Réflexes*.

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

Abraham, 444.
Adler, 184, 429.
Alquier, 78.
Aptekmann, 514.
Archambault, 225, 346.
Archibald-Church, 440.
Ashby-Elkins, 515.
Asselin, 285.
Aubineau, 68.

Babinski, 76, 77, 176, 177.
Backer (John), 157.
Ballet, 176, 178, 220, 277, 278.
Ballet (Gilbert), 271, 527, 528, 535.
Barber (Henri-Trève), 153.
Bauer (A.), 84.
Ben-Tomi, 78.
Bérillon, 79, 80.
Bernard, 174, 280, 281.
Bernheim, 339.
Berthond, 120, 420, 432, 436.
Betcherew, 339, 521.
Bienfait, 68.
Bikelés, 433.
Binet-Sanglé, 81.
Binet (A.), 381.
Bischofswerder, 71.
Blachford, 438.
Bloch, 163, 178.
Borda, 537.
Bourdon, 280.
Bourneville, 39, 97, 208, 241, 346.
Brissaud, 75, 83, 84, 175, 178, 263, 339.
Browning, 510.

Camus (J.), 181.
Capgras, 500.
Caudron, 420.
Cazaux, 80.
Ceni (C.), 148.
Cestan, 76, 174, 263, 512, 526.
Chaix, 177.
Chardon, 403.
Charon, (René), 513.
Chaumel, 77.
Chervin, 261.
Chiray, 75.
Chomel, 354.
Church, 440.
Claus, 218.
Cloître, 90.
Coggethall, 442.
Comar, 57.
Commeleran, 283.
Cornelius, 75.
Courjon, 86.
Constensoux (G. 266.
Coynard (de), 79.
Crocq, 56.
Crouzon, 176.
Cullerre (A.), 336.

Cuylitz, 61.

Damelon, 285.
Darcanne, 479.
Debove, 166.
De Buck, 344.
Déjerine, 75, 76.
Delclaux, 78.
Delerme, 77.
Demonchy, 79.
Demoor, 334, 536.
Deny, 448.
Desclaux, 529.
Devaux, 169.
Devay, 147.
Dheur, 277.
Dide, 58, 77, 531.
Droutebente, 313.
Dubois, 276, 277.
Ducasse, 90.
Dufour, 177.
Dumas, 382.
Dupin-Dulau, 90.
Dupré, 177, 181, 349.
Dupuy-Dutemps, 262.
Durand (G.), 343.
Durante, 530.

Elbkins, 515.
Elliott (R.), 151.
Ehrenwall (W.), 154.
Enriquez, 535.
Eriksonn (E.-W.), 428

Fajerszjain, 426.
Farez, 80, 183, 184, 360.
Faure (Maurice), 258, 259, 260.
Feindel, 69, 373.
Féré, 56.
Fiessinger, 183.
Foveau de Courmelles, 257.
Freysseliuard, 91.

Garnier, 31.
Gaudron, 354.
Gauraud, 91.
Gehutchen (Van), 331, 431.
Géry (Mlle), 525.
Girard, 91.
Goldstein, 58.
Grimaud, 286.
Grossmann (P. F.), 154.
Gudden (H.), 428.
Guenon, 184.
Guillain (G.), 69, 180.
Hachet-Souplet, 79, 184.
Haënel (H.), 164
Halberstadt, 525.
Hallion, 361, 263.
Hammond (Graème M.), 151.
Harrison-Mettler, 64.
Heitz, 179.
Heldenger, 55.
Hopkins, 73.
Huet, 78, 527.
Huyghe, 531.

Ioteyko, 341.

James (W.), 382.
Janet, 355.
Jeanty, 240.
Joire (P.), 257, 258, 280.
Juquelier (P.), 1, 137, 202.

Kaplan (L), 433.
Kellogg (E.), 74.
Kenneth, 74.
Kéraval, 126.
Kerneis, 284.
Kienboeck, 425.
Klippel, 230, 279.
Kovalesky, 282
Krauss (W.-C.), 150.

Lacroix, 89.
Laignel Lavastine, 240, 337, 527.
Lakacz, 431
Lalanne, 239.
Lannois, 71, 273, 274.
Leipnay, 184.
Lenoble, 68.
Leprince, 183.
Lereboullet, 75.
Leri, 180, 275, 344.
Leroy (R.), 153.
Letourneux, 90.
Levi, 528.
Lipinska, 357.
Long, 72.
Lowgnorth, 510.
Lundborg, 444.
Lux, 281.
Lwoff, 338.

Mac-Donald, 63.
Machard, 72.
Magnin, 79.
Marandon de Montyel, 194.
Marchand, 243.
Marie (A.), 77, 176, 267, 337.
Marie (P.), 70, 174, 180, 528.
Marinesco, 57.
Masoin, 222, 346, 348, 362, 443.
Massault, 346.
Maxwell, 189.
Mazimel, 91.
Meige, 69, 82, 83, 87, 88, 178, 223, 263, 264, 373, 375, 534.
Melloisel, 528.
Mendel (E.), 160.
Merklen, 169.
Menus, 442.
Mirailte, 78, 529.
Mœbirs, 282.
Mocquot, 180.
Monestié, 370.
Monier-Vinard, 278.
Morton (L.-J.), 523.
Mouisset, 71.
Mouralt, 425.

Narboutte, 436.
Neustaëdter, 307.

Oléansky, 437.
Orlitzky, 81.

Pailhas, 370.
Panski (A.), 164.
Parhon, 58.
Paris, 409.
Paviot, 71.
Peeters, 356.
Perry (de), 89.
Philippe, 121, 465, 528.
Peugniez, 465.
Pierret, 239.
Podiapolsky, 280.
Pontopiddon, 521.
Poulard, 208.
Prou, 277.

Raillard, 284.
Raviart, 126, 351, 354, 403, 420.
Raymond, 76, 168, 170, 185, 355, 512.
Rayneau, 290.
Regnault, 79, 82.
Reverdin (S.-L.), 67.
Richard, 91.
Richard (P.), 75, 174.
Robertson (W. Ford), 171, 447.

Robin, 92.
Robinson, 511.
Romme, 153.
Roques de Fursac, 188.
Rossolimo, 162, 435.
Rudler, 77, 354.
Rybakoff, 81.

Salomom, 174.
Sainton, 510.
Santenoise, 31.
Scheffer, 151.
Scherb, 78.
Schipow, 60.
Segalen, 285.
Séglas, 168, 511.
Semelaigne, 524.
Serbigny, 272.
Sérieux, 15.
Sharp (H. C.),
Sicard (A.), 16 , 527.
Simpson, 63.
Soelder (F. de), 430.
Sommer, 429.
Soukhanoff, 55, 197, 274.
Stadelmann, 183.
Stefanowska, 335.
Steiger (Adèle de), 440.
Sprasling, 146, 172.
Sullivan (W. C.), 155.

Tchirier, 385.
Thirier, 386.
Thomas (Philipp-Cohen) 442.
Thomson, 279.
Toulouse, 524.
Toutichkine, 532.
Trenel, 313.
Troschine (G.), 61.

Urquhart (R.-D.), 171, 515.

Valentino, 78.
Vallette, 67.
Vallon, 526.
Van-Velsen, 182.
Vaschide, 174, 528.
Verhoogen, 241.
Veslin, 153.
Vidal, 183.
Vigouroux, 1, 137, 202, 279, 524.
Vogt (R.), 59.
Voisin, 79, 182, 281, 357.
Vriès (W. de), 371.
Vurpas, 275.

Wahl, 524.
Wallemberg, 423.
Warnock, 446.
Wijnaends - Francken, 81.

Zanietowski, 423.
Zimmern, 266.
Zozin, 435.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 12-1903.

N-BC-12

11 13 844

11 HOLZER

3 2044 103